

SCHREIBBABYS - ELTERN AM RANDE DER VERZWEIFLUNG



Catherine Gubler

Berner Fachhochschule

Fachbereich Gesundheit

Studiengang Hebamme HF

Laufen, 2010

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	3
1 EINLEITUNG	4
1.1 Wie werden Schreikinder definiert?.....	5
1.2 Inzidenz der Schreikinder.....	5
1.3 Schreikinder und das Risiko eines Schütteltraumas - Inzidenz der Schütteltraumen?.....	6
1.4 Epidemiologie.....	7
1.5 Fragestellung, Motivation und Ziel der Arbeit.....	8
1.6 Eingrenzung.....	9
2 WARUM WEINEN BABYS?	10
2.1 Die physiologischen Verhaltenszustände eines Säuglings.....	10
2.2 Die Verhaltensregulation - Wie manifestieren sich frühkindliche Regulationsprobleme?.....	11
2.3 Wie äussern sich frühkindliche Regulationsprobleme?.....	13
2.4 Was bedeutet das Weinen?.....	13
2.5 Wie viel Weinen ist normal?.....	14
2.6 Weinen als spannungslösender Mechanismus?.....	14
2.7 Welche Stress- und Spannungsursachen gibt es bei Babys?.....	15
2.8 Der Teufelskreis beginnt... ..	18
2.9 Gibt es weitere Einflussfaktoren auf das frühe Säuglingsschreien?	18
2.10 Mythos Bauchkoliken	19
2.11 Zusammenhang mütterlicher Müdigkeit und Erschöpfung und kindlichem Schreien	20
3 WIE BEEINFLUSST DAS EXZESSIVE SCHREIEN EINES BABYS DAS BEFINDEN DER ELTERN?	23
3.1 Eine salutogenetische Betrachtung.....	23
3.2 Die Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Bindung.....	26
3.3 Auswirkungen der beeinträchtigten Eltern-Kind-Interaktion auf das Baby.....	27

4	WORÜBER SOLLTEN ELTERN AUFGEKLÄRT WERDEN?	28
4.1	Vorschlag zu den wichtigsten Aufklärungspunkten:	28
4.2	Wie und wann könnte aufgeklärt werden?	30
5	WELCHE UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN GIBT ES?	32
5.1	Was können Hebammen tun und was müssen sie beachten?.....	32
5.2	Das Konzept der Emotionellen Ersten Hilfe nach Harms (2008)	36
5.3	Grenzen des Konzeptes	37
5.4	Die Rolle der Bauchatmung – zur Selbstanbindung	38
5.5	Die sieben Schritte der Emotionellen Ersten Hilfe nach Harms (2008) ..	39
6	BEDEUTUNG FÜR DIE PRAXIS UND DIE INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT- DIE ROLLE DER HEBAMME	40
7	SCHLUSSFOLGERUNGEN	42

VORWORT

Schreibabys: Eltern am Rande der Verzweiflung – Worüber und wie sollten Eltern aufgeklärt werden? Welche Unterstützungsmöglichkeiten seitens der Hebamme gibt es? Die nachstehende Arbeit hat das Ziel, auf diese Fragen Antworten zu finden und sich näher mit Schreibabys und der Situation betroffener Eltern auseinander zu setzen. Mangelndes Wissen des Fachpersonals und der Eltern zum Verhalten und der Bedürfnisinterpretation eines Babys führt zu Missverständnissen in der Kommunikation zwischen Eltern und Kind. Die Ursachen für eine Schreiproblematik können vielseitig sein und sind oft multifaktoriell bedingt. Diese Missverständnisse haben verschiedene Folgen. Ein häufig bis exzessiv schreiendes Baby beeinflusst nicht nur die Eltern-Kind-Bindung, sondern auch die Gesundheit betroffener Eltern und Babys nachhaltig. Diese Arbeit thematisiert neues Wissen zum Schreien eines Säuglings, mögliche Ursachen einer Schreiproblematik und die Auswirkungen des vermehrten Schreiens auf die Gesundheit von Eltern und Kind. Diese Thematisierung befasst sich mit Aspekten der Prävention, Intervention sowie mit den interdisziplinären Ressourcen.

1 EINLEITUNG

Nach der Geburt eines Kindes ist Weinen seine erste stimmliche Kommunikation mit der Aussenwelt, um sein Überleben zu sichern. Doch was tun, wenn ein Kind untröstlich schreit? Auch wer selber keine Kinder hat, begegnet im Alltag immer wieder einem schreienden Säugling, ob im Zug, im Wartesaal oder im Restaurant. Und was löst das in uns aus? Ist es nicht anstrengend, ja manchmal sogar nervend? Einige von uns würden am liebsten zum Kind hingehen und es auf den Arm nehmen, um es zu beruhigen, andere denken nur „sei endlich still, das ist nicht zum Aushalten“ oder wechseln gar das Zugabteil. Das Weinen eines Kindes ist für viele Eltern die grösste Herausforderung in den ersten Monaten nach der Geburt. Was bedeutet das Weinen? Hat es Hunger, ist es übermüdet, sind die Windeln zu wechseln, benötigt es Körperkontakt? Die Ursachen für Unruhe, Quengeln oder untröstliches Schreien sind vielseitig. Besonders schwierig wird es, wenn alle denkbaren Bedürfnisse des Neugeborenen gestillt sind, alle Trostversuche nichts nützen und das Baby einfach weiterschreit. Welche Bedeutung und Auswirkungen auf Gesundheit und Eltern-Kind-Bindung haben unstillbaren Schreiepisoden auf Eltern und Kind? Wie deuten Eltern das Weinen? Was wissen sie über die Bedürfnisse der Babys und über Beruhigungsmassnahmen? Wer informiert sie darüber? Wer unterstützt sie in der Situation mit einem temperamentvollen, häufig schreienden Säugling in der Wochenbettzeit, welche geprägt wird von Anpassungsvorgängen bei Mutter, Vater und Kind, von neuer Stabilitätsfindung, Rollenfindung, Bindungsaufbau sowie der Bedürfnisinterpretation und Bedürfnisstillung des Neugeborenen?

Meine erfahrene Wochenbettpraxis ist, dass Eltern lernen, wenn mein Kind weint, hat es entweder Hunger, die Windeln voll, Bauchschmerzen oder es findet den Schlaf nicht. Wie oft hören Mütter den Satz: „wenn es sich nicht beruhigt, klingeln sie, dann nehmen wir es zu uns ins „Buschzimmer“. Wie sollen Eltern dabei Selbstkompetenz in der Betreuung ihres Neugeborenen erlangen? Es bestehen noch immer weitverbreitete Missverständnisse in der Deutung vom Verhalten der Babys (Gregor 2004). So haben viele Eltern das Gefühl, wenn das Baby den Blickkontakt während einer Interaktion abbricht, dass dies ein Zeichen von Ablehnung und Desinteresse ist. Jedoch signalisiert das Baby lediglich „ich brauche eine Pause“. Weiter habe ich auf dem Wochenbett erlebt, dass noch immer Ängste bestehen, das Kind mit Körperkontakt oder durch prompte Reaktion auf das Weinen zu verwöhnen. Im Austrittsgespräch erhalten sie den Flyer der schweizerischen Kinderschutzgruppe (siehe Anhang) „Hilfe mein Baby hört nicht auf zu schreien“. Im Idealfall mit einer Erläuterung dazu. Mit diesem Wissen gehen die Eltern auf sich alleine gestellt nach Hause. Wer aber erklärt den Eltern, aus welchen Bedürfnissen, ausser Hunger oder vollen Windeln, ein

Baby noch weinen kann? Gerade beim ersten Kind und in unseren schweizer Kleinfamilien bleibt den Eltern oft nichts anderes übrig, als alleine herauszufinden, wie welches Weinen zu deuten ist und wie sie ihr Kind entsprechend beruhigen können. Zu Hause fängt dann der Teufelskreis von Missverständnissen erst richtig an.

1.1 Wie werden Schreikinder definiert?

Gemäss Ziegler et al. (2004) wird zur Abgrenzung von normalem und exzessivem Schreien im Alter von sechs Wochen die Dreierregel von Morris Wessel (1954) verwendet. Wessel beschrieb 1954 den exzessive schreienden Säugling als ein ansonsten gesundes, wohlgenährtes Baby mit Anfällen von Irritabilität, Quengeln oder Schreien von insgesamt länger als drei Stunden pro Tag, an mindestens drei Tagen die Woche über einen Zeitraum von länger als drei Wochen.

Ziegler et al. (2004) beschreiben, dass exzessives Schreien diagnostisch angemessener als frühkindliche Regulationsprobleme mit exzessivem Schreien einzuordnen sei. Ebenfalls schreiben sie, dass der Säugling oder die betroffenen Eltern nicht isoliert betrachtet werden können. Sowohl die kindliche und elterliche Seite mit Erschöpfung und psychischer Belastung, wie auch die beeinträchtigte Eltern-Kind-Interaktion müssen betrachtet und miteinbezogen werden (Von Wyl et al. 2008, Ziegler et al. 2004). Rankl (2008) definiert Schreikinder als Babys mit besonders starken Bedürfnissen nach Unterstützung in ihrer Verhaltensregulation.

1.2 Inzidenz der Schreikinder

Wirft man einen Blick auf die Inzidenz der Schreikinder, so haben gemäss Kurth (2009a) 20 % der Eltern in den ersten Lebensmonaten Probleme mit vermehrtem Säuglingsschreien. Je nach Untersuchung trifft das gemäss einer systematischen Literaturreview von Kurth et al. (2009b) auf 5-19 % aller Säuglinge zu. Beunruhigendes Säuglingsschreien ist der häufigste Grund, weshalb Eltern professionelle Hilfe aufsuchen (Long 2001 zitiert nach Kurth et al. 2009b). Weiter scheint im Zusammenhang mit der Schreiproblematik bedeutungsvoll, dass 46-87 % der frischgebackenen Mütter unter Müdigkeit und Erschöpfung in den ersten Monaten nach der Geburt zu kämpfen haben (Saurel et al. 2000, Schytt 2005 Lindmark u. Waldenstrom 2005 zitiert nach Kurth et al. 2009b). Bekannterweise senkt anhaltende Müdigkeit unsere Toleranzgrenze gegenüber von Stress.

2008 wurden gemäss Statistik des schweizerischen Hebammenverbandes insgesamt 40'742 Frauen von einer freiberuflichen Hebamme postpartal betreut. Bei 4'842 besuchten Kindern lag in den ersten 10 Tagen eine Pathologie vor, davon waren 10% Schreikinder. Der Verdacht auf Kindsmisshandlung wurde mit 1% eher selten genannt. Bei 1'400 Kindern, welche nach dem 10 Tage postpartal betreut wurden, lag eine Pathologie vor. Davon waren 7 % Schreikinder. Unter der Rubrik psychosoziale Indikationen für die Betreuung nach dem 10. postpartalen Tag lag der Verdacht auf Kindsmisshandlung in 1,5% der Fälle vor. Der Indikationsgrund Schreibaby für eine ärztlich angeordnete Stillberatung nach dem 10. Tag postpartal lag bei 3,3%. Hingegen war in 8,1% der Fälle das Schreikind die Indikation für eine nicht ärztlich verordnete Stillberatung nach dem 10. Tag postpartum (Schweizerischer Hebammenverband 2008).

Die Suche nach weiteren Zahlen zur Inzidenz von Schreikindern in der Schweiz auf den Webseiten des Bundesamtes für Gesundheit, Kinderschutzorganisationen der Schweiz und der Swiss Society of Paediatrics blieb erfolglos.

1.3 Schreikinder und das Risiko eines Schütteltraumas - Inzidenz der Schütteltraumen ?

Gemäss Studien von Lazoritz (2001) und Krugmann (1983) zitiert nach Solter (2009b), ist das untröstliche Weinen eines Babys wichtigster Auslöser für Kindsmisshandlung unter 12 Monaten. Weiter haben Levitzky und Cooper (2000) in einer qualitativen Studie mit strukturierten Interviews bei 23 Müttern mit Schreikindern eine sehr hohe Rate massiv aggressiver Gedanken bis hin zu Mordphantasien nachweisen können.

Schütteltraumas gehören zu den schwersten Formen der Kindesmisshandlung mit einer Mortalität von 12-27%, die dabei entstehenden Gehirnverletzungen stellen die häufigste (75%) misshandlungsbedingte Todesursache von Babys dar (Hermann u. Sperhake 2005). Mehr als zwei Drittel der Überlebenden erleiden leichte bis schwere neurologische Folgeschäden (Hermann u. Sperhake 2005).

Die Suche nach aktuellen Zahlen zur Inzidenz von Schütteltraumen erwies sich als schwierig. Ein Monitoring zur lückenlosen Erfassung von Schütteltraumen wurde erst im Jahr 2002 vom Zürcher Kinderarzt Dr. Ulrich Lips eingeführt (Lips 2002). Im Jahresbericht der Swiss Paediatric Surveillance Unit (2007) auf der Homepage des Bundesamtes für Statistik sind Zahlen bis ins Jahr 2007 verfügbar. Gemäss dieser Statistik wurden von 2002 bis am 30.6.2007 53 Babys mit Verdacht auf Schütteltrauma gemeldet, davon wurde bei 50 Fällen der Verdacht bestätigt. Die Zahlen zeigen in den ersten drei Jahren des Monitorings eine

konstante Zahl zwischen sechs und sieben Fällen pro Jahr. 2005 stieg die Anzahl der Fälle auf 18 an, danach sind die Zahlen 2006 wieder etwas gesunken. 2007 wurden bis am 30.6.2007 drei Fälle gemeldet. Die gesamte Zahl vom 2007 sowie aktuelle Zahlen vom 2008 waren bis am 20.12.2009 noch nicht verfügbar. Weiter muss von einer Dunkelziffer ausgegangen werden, so Lips (2002). In einem Onlinebericht zum Thema Schütteltrauma im August 2008 von Künzle (2008) wurden nähere Angaben zu den Folgen für die 50 Babys gemacht: 14 Babys haben sich erholt und gelten als gesund, 14 erlitten leichte Behinderungen, 10 trugen lebenslange schwere Behinderungen davon und acht der Babies starben an den Folgen des Schütteltraumas in diesen fünf Jahren (Künzle 2008). Künzle schreibt (2008) von einer Inzidenz von 14 Schütteltraumen auf 100'000 Lebendgeburten, welcher dem Durchschnittswert anderer westeuropäischen Ländern entspreche. In Schottland liegt die Inzidenz von Schütteltraumen auf 100'000 Kindern unter einem Jahr bei 24, und das Durchschnittsalter betroffener Babies liegt bei 2,2 Monaten (Barlow und Minns 2000). Gemäss Lips (2002) sind Knaben im Verhältnis drei zu zwei häufiger betroffen als Mädchen. Täter sind zu dreiviertel Männer. In 50 % der Fälle sind Eltern die Täter, je 17 % betreffen Partner der Mutter oder Babysitter (Lips 2000). Diese Zahlen zeigen die Notwendigkeit der weiteren Thematisierung der Schreiproblematik.

1.4 Epidemiologie

Bensel (2006) beschreibt in der Einleitung seiner Freiburger Säuglingsstudie, dass das Problem von vermehrten Säuglingsunruhen und Säuglingsschreien lediglich in unseren industrialisierten Gesellschaften existiert. In traditionellen Kulturen und Naturvölkern, in denen noch ursprüngliche Lebensbedingungen herrschen, sind keine gesteigerten Schrei- und Unruhephasen zu beobachten. Auch Rankl (2008) beschreibt dieses Phänomen am Beispiel balinesischer Mütter: diese tragen ihre Kinder bis zum Ende des dritten Lebensmonates (105 Tage ab Geburt) den ganzen Tag mit sich herum. Dies wird jedoch nie nur von einer Frau vollbracht, denn hier werden die Kinder in Grossgruppen aufgezogen und wandern somit von Arm zu Arm. Ebenfalls schlafen Babys in solchen traditionellen Kulturen nie alleine (Rankl 2008). In unseren Gesellschaften zelebrieren wir keine Übergangsrituale für werdende Mütter, die Geburt findet mit unvertrauten Menschen in fremder Umgebung und das Wochenbett in ungeschütztem Rahmen statt, wo Mutter und Kind in der sensibelsten Phase allen möglichen Reizen ausgesetzt sind. Hinzu kommt, dass wir nicht mehr in Grossfamilien leben und jede frischgebackene Familie oft auf sich alleine gestellt ist.

1.5 Fragestellung, Motivation und Ziel der Arbeit

Die Inzidenz der Schreikinder sowie der Zusammenhang Schreikinder und Schütteltraumen macht die Wichtigkeit dieser Thematik deutlich. Ebenso die Ergebnisse der Kundinnenbefragung des Schweizerischen Hebammenverbandes 2006, die zeigte, dass bei 37% der Mütter Unzufriedenheit mit der erhaltenen Information zum Thema Schreiverhalten und Beruhigungsmassnahmen von Babys besteht (Kurth et al. 2008). Dies zeigt, dass das Thema bei den Fachpersonen noch immer zu wenig Beachtung findet, obwohl der Bedarf seitens der Eltern vorhanden wäre. Zum Einen entsteht aus dieser Tatsache meine fachliche Motivation, eine Arbeit zum Thema von Schreikindern zu schreiben. Zum Anderen, weil das Schreien eines Kindes zu den häufigsten Auslösern für das Schütteln eines Babys gilt. Obwohl 2002 der Fall vom bekannten Schweizer Bergsteiger Erhard Loretan, welcher sein schreiendes Baby aus Überforderung zu Tode schüttelte, gross in den Medien publiziert wurde, und die Erfassung von Schütteltraumen in der Schweiz ins Rollen brachte, ist die Überforderung frischgewordener Eltern noch immer ein zu wenig angesprochenes Thema. Da die Begleitung von Eltern in der Wochenbettzeit sowie auch der Schutz von Kindern zu den Aufgaben der Hebammen gehören, scheint mir dieses Thema relevant, um mir neues Wissen anzueignen. Weiter macht mich die Situation betroffener Eltern mit einem Schreibaby und das Ausmass an physischer und psychischer Folgen betroffen.

Aus den oben beschriebenen Tatsachen zum Thema Eltern mit einem Schreibaby hat sich folgende Fragestellung dieser Diplomarbeit ergeben: Schreibabys: Eltern am Rande der Verzweiflung – Worüber und wie sollten Eltern aufgeklärt werden - und welche Unterstützungsmöglichkeiten seitens der Hebamme gibt es?

Das Ziel dieser Arbeit ist, wichtiges Wissen zum Thema Schreien in die Präsenz zu rufen, damit wir uns im Umgang mit Eltern und ihren Babys bewusster sind, welche Komplexität und Folgen das untröstliche Weinen eines Babys auf die Gesundheit von Mutter und Kind und auf das neue Familiensystem haben kann. Weiter hat die Arbeit das Ziel, Aufklärungsansätze im Sinne von Prävention darzulegen sowie konkrete Unterstützungsmassnahmen für die Hebammenarbeit zu erarbeiten.

1.6 Eingrenzung

Diese Arbeit beschränkt sich auf die Schreiproblematik im ersten Lebenshalbjahr. Eine aktuelle Fallkontroll-Studie von Kurth (2009a) kam zum Schluss, dass vor allem Erstgebärende von der Schreiproblematik betroffen sind, da die Erfahrung Mehrgebärender als Schutzfaktor dient. Deshalb beschränkt sich die vorliegende Arbeit auf die Situation betroffener Eltern mit dem ersten Kind. Obwohl sich Schmerzen beim Säugling praktisch immer durch Schreien äussern, sind Schmerzen und Krankheiten nur selten die Ursache des Schreiens (Von Hofacker et al. 1999, Kewitz 2003), weshalb der Schwerpunkt der Schreiproblematik auf gesunden und wohlgenährten Babys liegt und nicht näher auf organische Ursachen eingegangen wird.

2 WARUM WEINEN BABYS ?

2.1 Die physiologischen Verhaltenszustände eines Säuglings

Um die Schreiproblematik besser zu verstehen und Missverständnissen präventiv entgegenzuwirken ist es wichtig, die physiologischen Verhaltenszustände eines Babys zu kennen. Nachstehende Erläuterungen zu den vier Verhaltenszuständen sind Fries (2006) entnommen.

Der Schlaf: eines Säuglings lässt sich wie bei den Erwachsenen nach Tiefe in unterschiedliche Schlafphasen einteilen: Der Tiefschlaf kennzeichnet sich durch tiefe regelmässige Atmung und fest geschlossene Augenlider, das Baby reagiert kaum auf äussere Reize. Er dient der Erholung und Entlastung des noch unreifen Nervensystems. Der Traumschlaf, bekannt unter **Rapid Eyes Movement**-Schlaf gilt als aktive Schlafphase. Wie der Name REM-Schlaf bereits sagt, ist er gekennzeichnet durch schnelle Augenbewegungen, Grimassieren, Lächeln oder Stirnrunzeln sind ebenfalls zu beobachten. Ein Säugling im REM-Schlaf ist im Gegensatz zum Tiefschlaf zugänglicher für Reize aus der Umgebung. Der Halbschlaf gilt als Übergangsphase entweder in den Tiefschlaf oder zum vollständigen Erwachen. Das Baby ist empfänglich für Reize aus der Umgebung. Das Merkmal der Übergangsphase ist das abwechselnde Öffnen eines Auges aber mit abwesendem Blick oder Bewegungen der Extremitäten. In dieser Phase sind Babys leichter aufzuwecken, aber auch leichter nochmals in den Schlaf zu bringen, sofern noch mehr Schlaf nötig ist. (Fries 2006)

Aktives Wachsein: Das Baby ist wach und mit sich und der Umgebung zufrieden. Es zeigt mit seinem Blick Offenheit und Neugier für seine Umgebung. Geräusche und optische Eindrücke erhalten seine ganze Aufmerksamkeit. In diesem Verhaltenszustand sind Babys voll und ganz bereit für Interaktionen mit Ihren Eltern und für die Erfassung von Zusammenhängen zwischen dem eigenen Verhalten und dem des Interaktionspartners. Im aktiven Wachsein sind bereits neugeborene Babys zu Nachahmung fähig. Das Lächeln beginnt ca. mit zwei bis vier Wochen spontan, es ist Ausdruck seines Wohlbefindens. (Fries 2006)

Quengeln: Wenn die gemeinsame Interaktion zu lange dauert oder zu heftig gestaltet wird, wechselt das Kind in das Quengeln. Es beginnt meist durch das Verziehen der Mundwinkel, durch Abbrechen des Blickkontaktes und durch beginnende motorische Unruhe. Das Baby zeigt gegenüber seiner Umgebung noch Aufmerksamkeit. Mit dem Quengeln deutet das Baby auf Unwohlsein und Überforderung hin. Es hat das Bedürfnis nach Erholung.

Meistens ist das Quengeln Übergangszustand zum Weinen. Denn wenn das Bedürfnis nicht erkannt wird, muss es mehr tun, um auf seine Bedürfnisse aufmerksam zu machen. (Fries 2006)

Das Schreien: ist der letzte Verhaltenszustand eines Babys. Es ist die kraftvollste und wirksamste Ausdrucksmöglichkeit, seine Umgebung auf sein Unwohlsein aufmerksam zu machen. Näheres zur Bedeutung des Schreiens folgt später. (Fries 2006)

2.2 Die Verhaltensregulation - Wie manifestieren sich frühkindliche Regulationsprobleme?

In der Regel lernt das Neugeborene in den ersten Lebenstagen, die Übergänge zwischen den Verhaltenszuständen zu regulieren. Eine gesunde Regulation zwischen Schlafen und Wachen ist wichtig, um das Baby im Gleichgewicht zu halten. Einige Babys weinen oder schreien auch dann noch weiter, wenn alle Bedürfnisse befriedigt scheinen. Gemäss Kurth et. al. (2009a) beschreiben neue Forschungen, das Schreiverhalten als Teil eines psychophysiologischen Reifungsprozess, mit grossen individuellen Unterschieden. Ziegler et al. (2004) beschreiben das häufige Schreien ebenfalls als Ausdruck einer verzögerten Anpassungs- und Verhaltensregulation. Sie führen dies aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung und wissenschaftlichen Arbeiten aus der Münchner Schreisprechstunde auf die Unreife der neugeborenen Hirnstrukturen zurück. Von Hofacker (1999) und auch Harms (2008) beschreiben, dass es diesen Babys schwerer fällt, die Balance zwischen aktivem Wachsein und Schlafen zu entwickeln. Sie befinden sich häufig in den Übergangsphasen des Verhaltens Quengeln oder Halbschlaf und finden nur schwer in die erholsamen Tiefschlafphasen (Von Hofacker 1999). Die Regulation zwischen aktivem und ruhigem Zustand wird hauptsächlich durch das autonome Nervensystem (ANS) gewährleistet, ist aber auch von der Umgebung abhängig (Harms 2008).

Das ANS besteht aus einem sympathischen Zweig und dem parasympathischen Zweig. Es ist in erster Linie für Funktionen zuständig, welche unser Überleben sichern. Es steuert einen Grossteil unserer inneren Organe, beispielsweise unser Herz-Kreislauf-System, unsere Atmung, die Körpertemperaturregulation oder auch die Schweissproduktion (Harms 2008). Es besteht aus dem Sympathikus und dem Parasympathikus. Ersterer wird aktiv, wenn es darum geht, Kräfte zu mobilisieren und unseren Körper auf Flucht oder Kampf einzustellen, unser Überleben zu sichern. Der Sympathikus ist demnach verantwortlich für die Affektregulation, d.h. wenn wir beispielsweise einen heissen Herd berühren, ziehen wir ohne zu überlegen die Hand weg. Ebenfalls ist das ANS für die Regulation unserer Gefühle

und unserer Aufmerksamkeit zuständig. So ist gemäss Harms (2008) ein gewisses Mass an Spannkraft und Vitalität für Eltern und Kind nötig, um Interaktions- und Bindungsprozesse aufrecht zu erhalten.

Fühlt sich das Neugeborene in einer sicheren und geborgenen Umgebung, beispielsweise auf dem Bauch der Mutter, umgeben vom Herzschlag, der vertrauten Stimme und des Körperkontaktes, kann es entspannen, sich von der Umwelt lösen und zu-sich-kommen, seine „Antennen“ fahren ein (Harms 2008). Das parasympathische Nervensystem übernimmt die Führung. Die Verdauung wird angeregt, das Muskelsystem ist entspannt, das Baby kann nun seine zuvor gemachten Eindrücke verarbeiten, sich regenerieren, um sich später wieder aktiv mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen (Harms 2008).

In einem gesunden Organismus befindet sich das ANS in einem ständigen Schwingungsprozess (Harms 2008). Ein gesundes, regulationsfähiges Baby ist in der Lage, seinen Organismus den inneren und äusseren Bedingungen, angepasst zwischen Sympathikus und parasympathischen-Zuständen, hin und her schwingen zu lassen (Harms 2008). Im sympathischen Zustand ist der Säugling expressiv, seine Aufmerksamkeit ist nach aussen gerichtet und sein Erregungsniveau ist hoch (Harms 2008). Hingegen im parasympathischen Zustand ist der Säugling impressiv im Selbstkontakt, die Aufmerksamkeit ist nach innen gerichtet, sein Erregungsniveau ist niedrig (Harms 2008). Harms (2008) hat dies im nachstehenden Bild einleuchtend verdeutlicht:

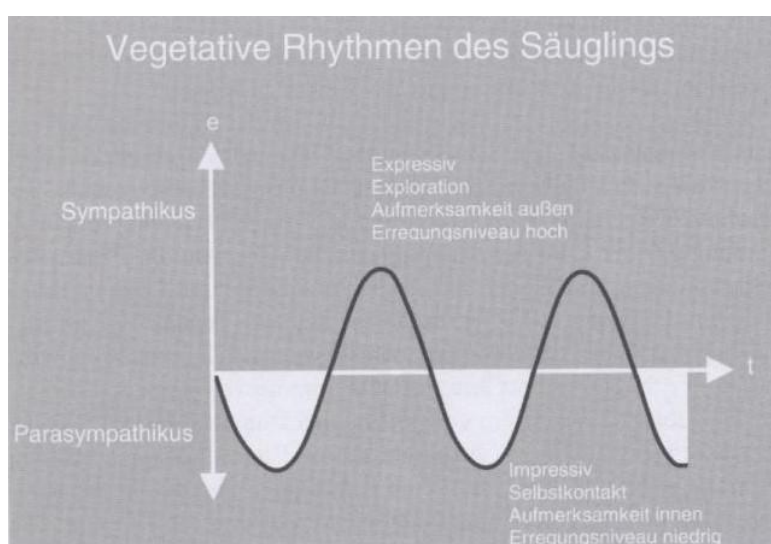


Abb. 1 Harms (2008) S. 40

Entscheidender Faktor dieser vegetativen Regulationsfähigkeit der Säuglinge ist gemäss Harms (2008), die jeweilige Ablösung des aufgebauten Spannungszustandes durch einen Entspannungszustand, und dafür ist eine stabile sichere Bindung zwischen Eltern und Kind

erforderlich. Nur wenn sich das Baby in einer sicheren Umgebung weiss, kann es Spannung durch Entspannung abbauen (Harms 2008).

2.3 Wie äussern sich frühkindliche Regulationsprobleme?

Säuglinge welche häufig Weinen und Probleme in der Verhaltensregulation haben, können folgende Symptome zeigen: Unstillbares Schreien aus unerklärlichen Gründen, motorische Unruhe – Unzufriedenheit, ständiges Quengeln, Irritabilität, sensorische Übererregbarkeit, Bevorzugung vertikaler Körperpositionen, Neigung zur Überstreckung und taktiler Abwehr, Unfähigkeit bei Übermüdung abzuschalten und in den Schlaf zu finden, kumulatives Schlafdefizit – extrem kurze Schlafphasen, Abwenden des Blickkontaktes sowie Pseudostabilität durch Ablenkung und neue Reize, d.h. Ablenkung beruhigt nur kurz, dann beginnt das Schreien wieder (Ziegler et al. 2004).

2.4 Was bedeutet das Weinen?

Die primäre Funktion von Schreien besteht in der Kommunikation von Bedürfnissen und Zuständen des Unwohlseins an seine Aussenwelt, die eine Intervention der Betreuenden erfordert, denn die Kommunikationsmöglichkeiten der Babys sind beschränkt (Largo 2007, Solther 2009). Das Weinen eines Babys kann unter anderem folgende Gründe haben so Largo (2007): Hunger, Langeweile, Bedürfnis nach Körperkontakt, Müdigkeit, Überreizung, fremde Umgebung und Angst. Das Baby setzt sein Schreien zunächst als direkte Reaktion auf sein eigenes Befinden ein (Harms 2008). Dabei macht es Erfahrungen mit der Reaktion seiner Umwelt. Aufgrund seiner kognitiven Entwicklung kann es aber erst ab dem vierten bis sechsten Lebensmonat einen Zusammenhang zwischen seinem Schreien und den Reaktionen seiner Umgebung erkennen. Es lernt langsam, welche Wirkung sein Schreien bei den Personen seiner Umgebung hat – reagieren wir prompt, macht es die Erfahrung, dass seine Bedürfnisse erkannt werden (Fries 2006). Jedoch kann es seine gemachten Erfahrungen nie in böswilliger Absicht nutzen, dies ist vom Stand der kognitiven Entwicklung nicht möglich (Fries 2006).

2.5 Wie viel Weinen ist normal?

Gerber schrieb 1979 zitiert nach Solter (2009) „Alle gesunden Babys schreien“. Gemäss Largo (2007) und Solter (2009) weinen Säuglinge in den ersten drei Lebensmonaten in westlichen Gesellschaften ohne offensichtlichen Grund täglich im Durchschnitt ca. zwei Stunden (Solter 2009). Sie beschreiben beide einen charakteristischen Verlauf des Schreiverhaltens: Die Wein- und Unruhephasen nehmen von der Geburt an stetig zu, erreichen um die sechste Lebenswoche ein Maximum und nehmen danach allmählich wieder ab, bis sie jenseits des dritten Lebensmonats noch eine Stunde pro Tag betragen (Solter 2009, Von Hofacker et al. 1999). Laut Hofacker et al. (1999) und Rankl (2008) fangen die Schrei- und Unruheneigungen erst um den siebten bis 10. Lebenstag an. Sie treten typischerweise in den späten Nachmittags- und Abendstunden gehäuft auf (Largo 2007, Solter 2009, Von Hofacker 1999).

2.6 Weinen als spannungslösender Mechanismus?

Wenn eine der Hauptursachen für vermehrtes bis exzessives Schreien in der mangelnden Fähigkeit der Verhaltensregulation liegt, so scheint Solters (2009) Theorie über die spannungslösende Funktion des Weinens logisch. Gemäss Solters (2009) gelingt es Babys, durch Weinen und Schreien emotionalen und körperlichen Stress und Traumas sowie die daraus entstehenden Anspannungen und Schmerzen zu lindern und abzubauen. Harms (2008) beschreibt diesen Effekt in seinem Konzept der emotionalen ersten Hilfe ebenfalls. Brazelton (1969 zitiert nach Solter 2009) schrieb, dass das zyklische Auftreten von Schreiperioden und die Entschlossenheit eines Säuglings, sich nicht stoppen zu lassen, starke Beweise für die inneren Bedürfnisse des Säuglings sind, sich von Spannungen zu befreien. Der auf Tränendrüsen spezialisierte Biochemiker Dr. William Frey entdeckte gemäss Solter (2009), das Vorhandensein bestimmter Hormone und Neurotransmitter v.a.

Adrenocorticotrope (ACTH) und Katecholamine in der Tränenflüssigkeit. Diese Stoffe werden in Stresssituationen ausgeschüttet, um den Körper im Falle von Gefahr auf die physische Verteidigung vorzubereiten. Da sie aber am Ende eines Stresszustandes nicht mehr benötigt werden und den Körper in nutzlosem Spannungs- und Erregungszustand halten, schliesst Frey (zitiert nach Solter 2009) aus seinen Forschungen, dass durch das Weinen Überreste von Stresshormonen aus dem Körper geschwemmt werden. Demnach würde Weinen der Wiederherstellung des biochemischen Gleichgewichtes der sog. Homöostase nach Stressereignissen dienen. Neugeborene vergiessen zwar bis sie einige Wochen alt sind keine Tränen, schwitzen aber während einer Schreiattacke (Solter 2009). Diese Er-

gebnisse stützen auch Untersuchungen von Papousek et al. 1986 zitiert nach Chamberlain (2000). Dies zeigen Beobachtungen von Müttern, welche beschrieben, dass ihre Babys nach einer begleiteten Schreiattacke oft entspannt und zufrieden wirken (Solther 2009).

Solter (2009) beschreibt das Weinen als ebenso wichtig für die gesundheitliche Entwicklung wie Essen, Schlafen, oder Gehaltenwerden. Die Voraussetzung für den spannungslösenden Effekt von Weinen ist aber die sichere Beziehung zu den Eltern oder anderen Beziehungspartnern, welche hinreichend Sicherheit und Geborgenheit vermitteln, so Harms (2008).

2.7 Welche Stress- und Spannungsursachen gibt es bei Babys?

Solter (2009) unterscheidet sechs Stressursachen bei Babys: Prä- und perinataler Stress – Geburtstraumata, unbefriedigte Bedürfnisse, Reizüberflutung, körperlicher Schmerz, entwicklungsbedingte Frustration und beängstigende Erlebnisse. Es wird lediglich auf die häufigsten drei Ursachen näher eingegangen, ansonsten würde der Rahmen der Arbeit gesprengt. Die drei nachstehenden Ursachen sind auch von Harms (2008) beschrieben.

Prä- und perinataler Stress und Traumata: Dass Babys bereits vor der Geburt sensitive, intelligente, rezeptive, verletzbare Wesen sind, wurde durch die pränatale Psychologie belegt (Chamberlain 2000, Verny 2003). Stress während der Schwangerschaft und der Geburt beeinflusst das Schreiverhalten eines Kindes. Die Folgestudie von Sondergaard et al. (2003) zeigt, dass mütterliches Stressniveau während der Schwangerschaft mit dem Schreineiveau des Kindes korreliert. Allgemeiner und psychischer Stress während der Schwangerschaft, wie beispielsweise Hoffnungslosigkeit, depressive Verstimmungen oder Überforderung ergab ein dreifach erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Schreikindes (Sondergaard 2003). Ähnliche Zusammenhänge fanden auch Hofacker et al. 1999 im untersuchten Kollektiv in der Münchner Sprechstunde für Schreibabys. 60 Prozent der Mütter mit einem Schreibaby hatten eine belastete Schwangerschaftsanamnese durch Aborte, Fertilitätsbehandlungen und falsch-positive pränatale Diagnosen (Hofacker et al. 1999). Daraus lässt sich schließen, dass eine belastende Schwangerschaft die Entstehung einer postpartalen Schreiproblematik beim Baby begünstigt.

Eine schwierige Geburt kann ein Trauma hinterlassen und somit die Ursache für vermehrte Schreiepisoden sein (Harms 2008, Solter 2009). Sie kann mit extrem schmerzhaften, verwirrenden und beängstigenden Erfahrungen für ein Baby verbunden sein (Harms 2008). Dazu gehören vor allem vaginal-operative Geburten, die Verwendung von Medikamenten,

Sectio, extrem lange Wehen und Sauerstoffnot (Solter 2009). Ebenfalls gehören plötzliche Kälte, grelles Licht, grobe Behandlung, scharfe Töne oder die Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt, wodurch der erste Bindungsprozess, das Verlieben in das eigene Kind unter dem Einfluss des Liebeshormons Oxytocin gestört wird, zu den bekannten Ursachen (Odent 2006). Physiologisch gesehen verursachen prä- und perinatale Traumata durch die Ansammlung von Stresshormonen eine Überaktivität des sympathischen Nervensystems, wodurch sich das Baby in einem Dauerspannungszustand befindet (Solter 2009, Harms 2008). Dieser Effekt ist gemäss Solter (2009) für die typischerweise bei Schreikindern vorhandenen Schlafprobleme und vermehrten Unruheanfällen verantwortlich. Der Körper ist nicht fähig, sich selbst in einen Ruhezustand zu versetzen. Deshalb schreien sie, um ihren Spannungszustand loszuwerden. Die gesteigerte Sympathikusaktivität kann ebenfalls eine gestörte Verdauung zur Folge haben.

Bensel konnte 2006 den Effekt von vermehrtem Schreien nach problematischem Geburtsverlauf oder sekundäre Geburtsbeendigung durch Kaiserschnitt in der Freiburger Säuglingsstudie aufzeigen. Kurth (2009a) fand in einer Fallkontrollstudie ebenfalls einen Zusammenhang zwischen vaginal-operativen Geburten und vermehrtem Säuglingsschreien.

Eine weitere Ursache der Schreiproblematik nach vaginal-operativen Geburten oder sekundärer Kaiserschnittgeburten ist die **Kopfgelenk-Induzierte-Symmetrie-Störung**, bekannt als KISS-Syndrom (Biedermann 2007). Dabei handelt es sich um eine Fehlstellung der Halswirbelsäule, welche durch Druck und Zug unter der Geburt oder bei Sectios entstehen kann (Biedermann 2007). Symptome sind meistens Haltungsauffälligkeiten; Babys schauen meistens immer in eine Richtung, liegen wie ein C-gebogen da und haben eine Lieblingsseite beim Stillen (Biedermann 2007). Oft erscheint eine Gesichtshälfte kleiner als die andere (Biedermann 2007). Starke Überstreckung ist ebenfalls ein Hinweis für ein KISS-Syndrom (Biedermann 2007).

Unbefriedigte Bedürfnisse: Nur wenn Eltern adäquate Reaktion auf die Bedürfnisse des Säuglings zeigen, kann sich Bindungsbeziehung stärken und weiter entwickeln. Umgekehrt ist eine sichere Bindungsbeziehung Voraussetzung für eine adäquate Interpretation der Bedürfnisse des Säuglings (Gregor 2004, Harms 2008). Als grosse Stressquelle beschreibt Solter (2009) das häufig unerfüllte Bedürfnis nach ausreichendem Körperkontakt. Es bestehen noch immer verbreitete Ängste, Babys durch zu viel Körperkontakt zu verwöhnen. Babys verlangen jedoch nur, was sie brauchen (Gregor 2004). Sie können rein aufgrund ihrer psychischen Entwicklung noch keine berechnenden Verhaltensmuster zeigen (Solter 2009). Nach neun Monaten enger geborgener Begrenzung durch den Uterus, ist es nach-

vollziehbar, dass sich ein Baby, das alleine auf dem Rücken liegt, völlig verloren vorkommt. Ein Baby muss seine Körpergrenzen erfahren (Rankl 2008). Erst durch Körperkontakt und Begrenzung erfährt ein Kind nach und nach, wo es anfängt und wo es aufhört. Ausreichend Körperkontakt ist kein Luxus, sondern eine Notwendigkeit für eine gute körperliche Entwicklung (Rankl 2008).

Jean Liedloff (2009), welche eine Zeit lang bei Yequana-Indianer lebte, führte das friedliche Verhalten der Erwachsenen durch ihre Beobachtungen darauf zurück, dass es bei diesen Völkern üblich ist, die frühen Bedürfnisse nach Körperkontakt zu erfüllen. Sie nennt die erste Phase nach der Geburt, die Phase des Getragenwerdens (Liedloff 2009). Studien haben die positiven Auswirkungen von häufigem körperlichem Kontakt mehrfach belegt (Solter 2009). In einer Studie über die Wirkung vermehrten Tragens, in der Mütter ihre Kinder pro Tag zwei Stunden länger herumtrugen als die Kontrollgruppe. Die Mütter der Interventionsgruppe berichteten, dass die Kinder im Alter von sechs Wochen eine Stunde pro Tag weniger weinten als Kinder der Kontrollgruppe (Hunziker & Barr 1986 zitiert nach Solter 2009).

Überstimulation: Einerseits entsteht Überstimulation aufgrund von Missverständnissen in der Kommunikation mit dem Kind aber auch durch vorherrschende Lebensbedingungen in unseren industrialisierten modernen Gesellschaften (Rankl 2008). So wird vielen Babys in unseren Breitengraden praktisch ab Stunde null der Alltagsstress Erwachsener zugemutet (Rankl 2008). Naturvölker und Nomaden nehmen ihre Babys zwar auch überall hin mit, jedoch reizgeschützt am Körper der Mutter in ein Tragtuch eingehüllt. „Zudem werden sie nicht ins neonlichtdurchflutete, musikberieselte und Sonderangebot angepriesene Shoppingcenter mitgenommen“ (Rankl 2008:16).

Die Interaktion zwischen Säuglingen und Erwachsenen oder reizintensive Umgebungen bedeuten für das Gehirn des Säuglings intensive visuelle und akustische Stimuli, welche Verarbeitung benötigen. Diese Verarbeitung ist anstrengend für den Körper eines Babys, deshalb benötigen sie immer wieder Erholungsphasen (Fries 2006, Gregor 2004). Diese signalisieren sie, während einer Interaktion z.B. durch das Abbrechen des Blickkontaktes, in dem sie den Kopf wegdrehen, oder wenn sie in lärmintensiver Umgebung zu schreien beginnen (Fries 2006, Gregor 2004).

2.8 Der Teufelskreis beginnt...

Durch Unwissen, beispielsweise über die Sensibilität und Reizempfindlichkeit eines Neugeborenen und Missverständnisse in der Verständigung mit Ihrem Baby, entsteht oft Überreizung. Gerade das Abwenden des Blickes während einer Interaktion, welche das Bedürfnis nach Pause signalisiert, wird von Erwachsenen oft als mangelndes Interesse, Ablehnung, Langeweile oder dem Bedürfnis nach mehr Abwechslung fehlinterpretiert (Gregor 2004). Jedoch können Säuglinge vom Stand ihrer psychischen Entwicklung, noch keine Gefühle von Ablehnung, Ärger oder Hass entwickeln (Gregor 2004). Das Missverständnis führt oft zu noch mehr Stimulation. Das Kind reagiert auf die Überstimulation mit Schreien, die Botschaft lautet hier: „Hilfe mir ist alles zuviel“ (Gregor 2004, Largo 2007). Beginnt ein Kind zu schreien, versuchen die Eltern instinktiv das Kind zu beruhigen. Mittels Ablenkungsstrategien wie visuellen Reize, Vorhalten einer Rassel, Stillen, Windeln wechseln, herumtragen, Nuggi anbieten, etc.. versuchen sie das Schreien zu unterbinden. Meistens hilft alles nur kurz, dann schreit das Kind wieder los (Rankl 2008).

2.9 Gibt es weitere Einflussfaktoren auf das frühe Säuglingsschreien?

Bensel hat 2006 in der Freiburger Säuglingsstudie untersucht, welche Einflussfaktoren das Säuglingsschreien begünstigen. Nachstehende werden einige wichtige Ergebnisse aus dieser Untersuchung erläutert.

Der Entbindungsort hat keinen direkten Einfluss auf Unruhephasen eines Säuglings, jedoch erkrankten Säuglinge nach einem Klinikwochenbett häufiger als jene nach ambulanter Geburt. Von 11 Hausgeburten erkrankte keines der Säuglinge (Bensel 2006). Der Ort des Wochenbettes hatte einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Unruhe der Säuglinge. So waren die Säuglinge nach einem Klinikwochenbett von der zweiten bis fünften Lebenswoche bedeutend unruhiger als jene nach einem Wochenbett zu Hause. Ebenfalls hatten Mütter, welche den Klinikaufenthalt als belastend erlebten, im ersten Vierteljahr viel unruhigere Babys als Mütter, welche das Wochenbett zuhause verbracht hatten. Hingegen unterschied sich ein gut erlebtes Klinikwochenbett hinsichtlich der Unruhe des Säuglings nicht vom Wochenbett zu Hause (Bensel 2006). Hinsichtlich der untersuchten Fütterungspraxis stellte Bensel (2006) fest, dass Säuglinge mit niedriger Mahlzeitenzahl viel unruhiger waren als jene mit hoher Mahlzeitenzahl. Ebenfalls korrelierte die Nähe zu den Eltern während des Schlafes, Co-Sleeping und Bed-Sharing mit deutlich erhöhter Mahlzeitenfrequenz. Prompte mütterliche Reaktion auf Unruhe und Weinen des Säuglings, hatte deutlich ruhigere Säuglinge zur Folge. Säuglinge, welche eine prompte Reaktion auf ihre Unruhe oder das Weinen

erfahren haben, schrien bis zum dritten Lebensmonat bis zu 30 Minuten pro Tag weniger als jene, welche keine prompte Reaktion erfuhren (Bensel 2006).

Weiter konnte St James-Roberts et al. (2006) in einer Ländervergleichsstudie aufzeigen, dass häufiger Körperkontakt und hohe prompte Reaktion auf das kindliche Weinen mit weniger Schreien in 24 h einhergehen.

Diese Untersuchungsergebnisse sprechen einerseits für das häusliche Wochenbett andererseits für die Bedeutung der prompten Reaktion auf das Weinen eines Babys. Ebenfalls zeigen diese Ergebnisse den positiven Einfluss des Körperkontaktes auf das Schreiverhalten eines Babys.

2.10 Mythos Bauchkoliken

Da die Schreiepisoden am häufigsten in den ersten drei Lebensmonaten vorkommen, lautet die häufigste und noch immer weitverbreiteste Diagnose von Schreikindern „Dreimonats-Koliken“. Jedoch haben Kinder in Naturvölkern nie Bauchkoliken (Bensel 2008, Rankl 2008). Überdies haben Röntgenaufnahmen von Babymägen mit und ohne Koliksymptomatik keinen Unterschied hinsichtlich der Gasmenge bei einem Schreianfall gezeigt (Rankl 2009). Hofacker et al. 1998 untersuchte eine Stichprobe aus Daten der Münchner Sprechstunde für Schreibabys nach den Ursachen für Schreiepisoden. Sie fanden lediglich bei einer Minderheit spezifische organische Ursachen für das Schreien. Die Bauchkoliken sind also nicht die Ursache des Schreiens sondern vielmehr die Folge der Schreiatacken.

2.11 Zusammenhang mütterlicher Müdigkeit und Erschöpfung und kindlichem Schreien

Kurth et al. (2009b) haben in ihrer Literatur-Review den Zusammenhang zwischen mütterlicher Müdigkeit und Erschöpfung und kindlichem Schreien innerhalb der ersten drei Monaten postpartum untersucht. Es wurden Untersuchungen im Zeitraum von 1980 bis 2007 gesucht. Von 100 gefundenen Studien zum Thema kindliches Schreien, exzessives Schreien, Bauchkoliken und schwierige und irritable Babys, sowie mütterliche Müdigkeit und Erschöpfung post partum, konnten schlussendlich lediglich sechs quantitative und vier qualitative Studien eingeschlossen werden. Dabei handelt es sich bis auf eine Untersuchung um kleinere Stichproben von unter 100 Mutter-Kind-Paaren. Einzig die quantitative Untersuchung von Denisi und Ross (2005) untersuchte 505 Mutter-Kind-Paare. Bei den qualitativen Untersuchungen handelt es sich um drei Grounded-theory Methodologien und eine qualitative Längsschnitt-Studie. Sie basieren auf halbstrukturierten und strukturierten Interviews. Die quantitativen Untersuchungen beinhalten drei Querschnitt-Studien und drei Kohortenstudien. Drei von vier quantitativen Untersuchungen konnten einen Zusammenhang zwischen der Menge an kindlichem Schreien und mütterlichem Müdigkeits- und Erschöpfungszustand aufzeigen. Die eingeschlossene Studie von Papousek und Von Hofacker (1998) beschreibt, dass die berichtete Erschöpfung die mütterliche Fähigkeit herabsetzt, sich in stressfreien und Spielsituationen auf eine Interaktion mit dem Kind einzulassen. In allen vier in der Review eingeschlossenen qualitativen Studien wurde ein Zusammenhang zwischen exzessivem Schreien des Kindes und der erschwerten Erholungs- und Ruhemöglichkeiten der Mutter und in der Folge mütterlicher Erschöpfung gefunden, besonders dann, wenn das Schreien nachts den Schlaf verhindert. Mütter beschrieben hauptsächlich mentale und emotionale Auswirkungen der Erschöpfung wie Konzentrations-schwierigkeiten, geringere Geduldsfähigkeit, Frustration, Gefühle von Inkompetenz und Schuld, sowie Ängste vor Aggressivität gegenüber dem Kind Kurth et al. (2009b). Ebenfalls zeigten zwei der qualitativen Studien, dass die Eltern-Kind-Interaktion durch exzessives Schreien beeinträchtigt wird und die empathische Reaktionsfähigkeit gegenüber dem schreienden Baby behindert (Drummond et al 1994 und Thompson et al 1986 zitiert nach Kurth et al 2009b). Aufgrund der Studienergebnisse haben Kurth et al. (2009b) den gegenseitigen Einfluss kindlichen Schreiens und mütterlicher Müdigkeit und Erschöpfung als zyklischen Prozess beschrieben und graphisch dargestellt.

Abbildung zwei zeigt einen harmonisierenden zyklischen Prozess, wenn die Mutter ausreichend Erholungsmöglichkeiten hat.

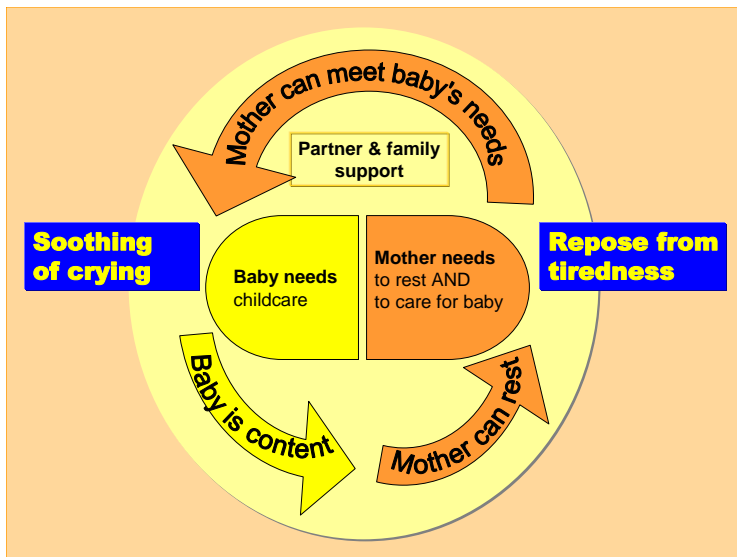


Abb. 2 Kurth et al. (2009b) S 2

Abbildung drei zeigt einen entgleitenen zyklischen Prozess. Der mütterliche Tages- / Biorythmus ist aufgrund des Schreiens des Kindes durcheinander geraten. Die Erholungsmöglichkeiten der Mutter werden reduziert, die Müdigkeit nimmt zu, wodurch die Mutter-Kind-Interaktion nachhaltig beeinflusst wird (Kurth et al. 2009b). Gleichzeitig erhöht sich für das Baby das Risiko eines Schütteltraumas sowie für die Mutter das Risiko einer postpartalen Depression (Kurth et al. 2009b).

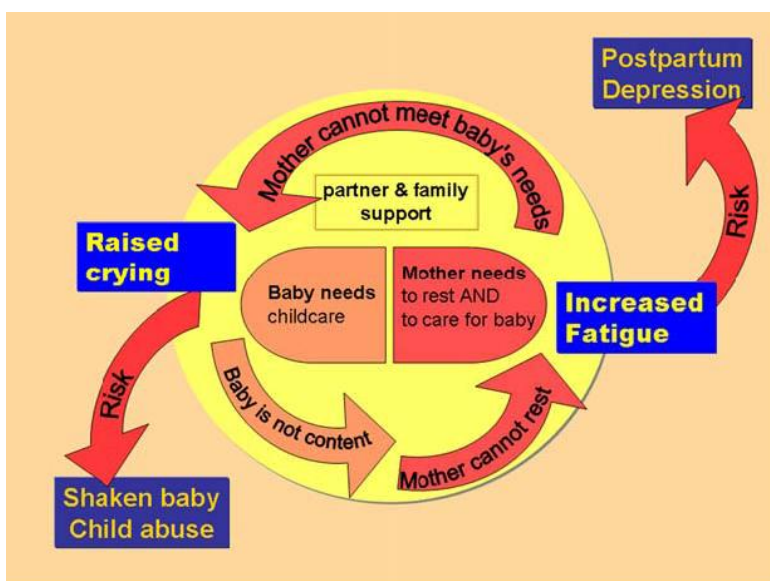


Abb. 3 Kurth et al. (2009b) S 2

Kurth et al. (2009b) erwähnen auch die Grenzen und Schwächen des Review. Es muss klar gesehen werden, dass Müdigkeit und Erschöpfung die Einschätzung zum Schreien des Kindes beeinflusst. Eine müde Mutter hat demzufolge schneller den Eindruck, ihr Kind schreie viel (Kurth et al. 2009b). Zu diesem Ergebnis kamen auch Von Wyl et al. (2008) in der Basler Sprechstunde für Schreibabys. Die Einschätzungen zur Menge des Schreiens beruhen nur auf dem Empfinden betroffener Mütter. Interessant wäre der Vergleich einer Einschätzung durch eine aussenstehende Person, so Kurth et al. (2009b). Ebenfalls wurde nur die europäische Bevölkerungsgruppe untersucht, und die Erfahrungen der Väter wurden in keiner Studie miteinbezogen (Kurth et al. 2009b). Eine klare Stärke ist, dass der Review qualitative und quantitative Studien untersucht hat (Kurth et al. 2009b). Diese zeigen den aktuellen Wissensstand über die Zusammenhänge mütterlicher Erschöpfung und kindlichem Schreien (Kurth et al. 2009b).

Die kleinen Stichproben und die niedrige Anzahl an definitiv eingeschlossenen Studien (von 100 gefundenen Studien) deuten darauf hin, dass die Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Mutter und Kind wie auch die Rolle des Vaters und sein Befinden noch zu wenig erforscht sind (Kurth et al. 2009b). Jedoch ist aus dieser Review ein Zusammenhang zwischen mütterlicher Müdigkeit und kindlichem Schreien ersichtlich. Dieser Wirkungsmechanismus sollte in der Betreuung frischgebackener Eltern vermehrt mitberücksichtigt werden.

Wie dieses Kapitel zeigt, beeinflussen eine Vielfalt an Ursachen und Faktoren das kindliche Schreien. Es scheint einerseits Teil eines physiologischen Reifeprozesses zu sein, der multifaktoriell bedingt bei sehr unterschiedlich verlaufen kann. Die Ursachen sind nicht nur von Seiten des Babys ausgehend. Auch das Befinden der Eltern und die Reaktionsfähigkeit auf das Weinen eines Babys scheinen einen entscheidenden Einfluss zu haben. Das Ausmaß der Regulationsprobleme und des Schreiens scheint also von physiologischen Anpassungs- und Entwicklungsprozessen sowie von diversen Umgebungsfaktoren beeinflusst.

3 WIE BEEINFLUSST DAS EXZESSIVE SCHREIEN EINES BABYS DAS BEFINDEN DER ELTERN?

Wie bereits im Kapitel zwei angedeutet, hat das Säuglingsschreien auch Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Eltern. Nachstehend wird versucht, anhand der Salutogenese nach Antonovsky (1997) mögliche Auswirkungen einer Schreiproblematik auf die betroffenen Eltern und die Folgen für die Eltern-Kind-Beziehung aufzuzeigen.

3.1 Eine salutogenetische Betrachtung

Die grösste Herausforderung der ersten Lebensmonate frischgewordener Eltern ist wohl die richtige Interpretation der Bedürfnisse ihres Neugeborenen. Da entstehen am meisten Missverständnisse. Unter normalen Umständen bewirkt eine Schreiaktivität des Kindes eine kurzfristige Aktivierung des sympathischen Nervensystems der Eltern. Sie dient dem für die Erkennung von Unbehagen und Gefahrensituationen des Babys notwendigen Anspannungs- und Konzentrationsaufbau bei den Bezugspersonen (Harms 2008). Das Schreien eines Säuglings hat aus neurovegetativer Sicht die Funktion, die erwachsenen Begleitpersonen zu alarmieren und aufzurütteln. Optimalerweise reagieren die Eltern mit der Suche nach der Ursache des kindlichen Weinsens, um sie liebevoll zu beseitigen oder zu lindern (Harms 2008). Prompte Reaktion auf das Weinen und die Bedürfnisse des Babys bedeutet positive Beziehungserfahrung und dies wirkt bindungsstärkend. Eine sichere und stabile Bindung ist Voraussetzung für positive Interaktion und Kommunikation zwischen Eltern und Kind.

Antonovskys Konzept der Salutogenese (1997) stellt nicht die Frage, was uns krank macht, sondern was erhält uns gesund? Nach Antonovsky (1997) gibt es weder den Zustand von völliger Gesundheit noch von völliger Krankheit. Er stellt ein Kontinuum zwischen Gesundheit, körperlichem Wohlbefinden und Krankheit und körperlichem Missempfinden her. Es geht in der Salutogenese um die Frage nach notwendigen individuellen, sozialen, institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Es geht sozusagen um Selbsterhaltung im Ungleichgewicht (Antonovsky 1997). Laut Antonovsky (1997) hängt dies vom Kohärenzgefühl eines Menschen ab. Er beschreibt das Kohärenzgefühl als eine grundlegende Lebenseinstellung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Das Kohärenzgefühl hängt davon ab, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt der Ge-

sundheit zu nutzen. Das Kohärenzgefühl setzt sich gemäss Antonovsky (1997) aus drei Faktoren zusammen:

Das Gefühl von Verstehbarkeit bezieht sich auf die Fähigkeit von Menschen, bekannte und unbekannte innere und äussere Reize (z.b. krisenhafte Ereignisse) aufzunehmen, zu verarbeiten und einzuordnen.

Das Gefühl von Handhabbarkeit beschreibt die Fähigkeit, sich mit einem Ereignis oder den Anforderungen auseinanderzusetzen und dieses mit seinen Ressourcen anzunehmen und bewältigen zu können.

Gefühl von Sinnhaftigkeit / Bedeutsamkeit beschreibt das Ausmass, in dem das Leben als emotional sinnvoll empfunden wird. Anforderungen können als Herausforderungen gesehen werden, für die sich der Einsatz lohnt und weniger als eine Last, die am liebsten abgeworfen werden möchte.

Ein stark ausgeprägtes **Kohärenzgefühl** bewirkt, dass Menschen flexibler auf Anforderungen und Stressoren reagieren und die dafür adäquaten notwendigen Ressourcen aktivieren können (Antonovsky1997).

Was bedeutet es für Eltern, stundenlang ein untröstlich schreiendes Baby herumzutragen, das kaum zu beruhigen ist? Das Schreien ist ein Stressor für Eltern. Antonovsky (1997) bezeichnet Stressoren als eine von innen oder aussen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stören. Sie setzen den Menschen in einen physiologischen Spannungszustand, den es körperlich und seelisch zu bewältigen gilt. Gelingt dies, so stärkt das Erleben das Kohärenzgefühl. Gelingt dies nicht, entsteht Stress. Der Spannungszustand entsteht durch erhöhte Sympathikusaktivität. Dies zeigt sich klinisch in erhöhtem Blutdruck, gesteigerter Herzfrequenz und erhöhter Cortisonausschüttung (Solter 2009).

Während einer Schreikrise verlagert sich die Aufmerksamkeit der Eltern nach aussen gänzlich auf das Kind (Harms 2008). Sie mobilisieren alle möglichen Ressourcen, in dieser Situation oft ein Arsenal an Beruhigungsmassnahmen. Antonovsky (1997) bezeichnet in seinem Konzept die Widerstandsressourcen sowohl als individuelle Faktoren, beispielsweise körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien als auch soziale und kulturelle Faktoren, die als Ressourcen die Widerstandsfähigkeit einer Person erhöhen. Die Widerstandsressourcen sind Potential, das aktiviert werden kann, um Stressoren und Spannungszustände zu bewältigen oder Stressoren in Ressourcen umzuwandeln. Dadurch prägen sie die Geschehnisse im Leben und ermöglichen kohärente Lebenserfahrungen, wel-

che das Kohärenzgefühl formen. Da die Sinne des Babys in einer Schreiphase oft bereits überreizt sind, verschaffen die Beruhigungsmassnahmen jeweils nur kurze Ablenkung, bevor das Schreien weiter geht. Das Misslingen der verwendeten Ressourcen, in dieser Situation die Beruhigungsstrategien, beeinträchtigt das Gefühl der Handhabbarkeit, was sich wiederum nachhaltig auf das Kohärenzgefühl auswirkt. Diese beeinflusst verschiedene Systeme des Organismus, beispielsweise das Zentralnervensystem, Immunsystem und das Hormonsystem, indem es bei der kognitiven Verarbeitung einer Situation mitwirkt (Antonovsky 1997). Das Kohärenzgefühl beeinflusst die Einstufung der Situation in gefährlich oder ungefährlich (Antonovsky 1997). Es mobilisiert vorhandene Ressourcen die zur Spannungsreduktion führen und damit indirekt auf die physiologischen Systeme der Stressreduktion wirken (Antonovsky 1997). Kurzfristige Stressreaktionen werden nicht als gesundheitsschädigend eingeschätzt, wenn sie durch anschliessende Erholungsphasen ausgeglichen werden (Antonovsky 1997).

Das abnehmende Kohärenzgefühl hat eine reduzierte Mobilisierung der Widerstandsressourcen zur Folge. Obwohl meistens soziale Ressourcen vorhanden wären, können sie betroffene Eltern nicht nutzen. Eltern mit einem exzessiv schreienden Säugling leben oft völlig isoliert von sozialen Kontakten, da sich alles nur noch ums Kind dreht. Betroffene Eltern schämen sich, im Umfeld um Hilfe zu bitten oder sich mit anderen Eltern über ihre Situation auszutauschen (Von Wyl et al. 2008). Nicht unbedeutend sind die Anforderungen der Gesellschaft an frischgebackene Eltern und die dadurch entstehenden Erwartungen an sich selbst.

Der anhaltende Stress stört die Selbstregulierungsprozesse. Es kommt bei Betroffenen zu massiven Einschränkungen der sensorischen Reizverarbeitung und Aufnahmefähigkeit des Organismus, beispielsweise von Gehör und Haut (Harms 2008). Die Eltern kommen in einen Aktionismus, in dem sie gefangen sind. Sie verlieren zunehmend die Fähigkeit, auf non-verbale Mitteilungen ihres Babys feinfühlig einzugehen (Harms 2008 und von Hofacker und Papousek 1998). Eltern fühlen sich dem Schreien ihres Kindes zunehmend ausgeliefert und handlungsunfähig, schreibt Harms (2008) aus seinen Erfahrungen aus der Schreiambulanz. Die intuitive elterliche Kompetenz wird zunehmend gehemmt (Ziegler et al. 2004). Diese Überaktivierung der Eltern hält oft selbst dann an, wenn das Kind schläft. Die Angst vor der nächsten Schreiphase dominiert, wodurch erschöpfte Eltern die ruhige Situation gar nicht wahrnehmen können, um sich selber zu erholen (Harms 2008). Die stete ängstliche Anspannung betroffener Eltern versetzt den Körper in einen Dauersympathikus-Zustand. Dadurch kann der Parasympathikus immer weniger wirken, und dem Körper fehlen zunehmend wichtige Regenerierungsphasen. Die Körperreaktionen darauf sind massive

Müdigkeits- und Erschöpfungszustände. Gemäss Harms (2008) berichten betroffene Eltern häufig über schmerzhaftes Muskel- und Gewebeverspannungen im Rücken-, Schulter- und Nackenbereich. Ebenfalls beobachtet er häufig eingeschränkte, abgeflachte Atmung, was mit Angstgefühlen korreliert. Kurth et al. (2009b) fanden in ihrer Review bei betroffenen Müttern ebenfalls Symptome wie Verspannungen, Appetitlosigkeit, Schlafprobleme, Müdigkeit und Erschöpfung bis zu depressiven Verstimmungen.

Die Dauerbelastung zeigt auch auf der psychisch-emotionalen Ebene Auswirkungen. Es entsteht zunehmend Verzweiflung und Überforderung. In einer qualitativen Studie von Nash et al. (2008) beschrieben betroffene Eltern in halbstrukturierten Interviews ihre Gefühle in der Situation mit einem Schreikind: Genannt wurden Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Überforderung, Zweifel an der elterlichen Kompetenz, massive Erschöpfung und chronischer Schlafmangel. Sie beschrieben auch Wut und Ohnmachtsgefühle sowie den Eindruck, das Baby wolle ständig ihre ganze Aufmerksamkeit (Nash et al. 2008).

Solter (2009) und Harms (2008) beschreiben einen weiteren spannenden Aspekt, weshalb heftiges Weinen eines Säuglings Eltern derart in Stress und Not bringen kann. Durch die Geburt eines Kindes werden bei den Eltern besonders tiefe unbewusste Emotionen und Erinnerungen aus ihrer Kindheit berührt und zugänglich. Nicht alle haben nur positive Erinnerungen an die eigene Kindheit. Hinzu kommt, dass bis vor kurzem die Meinung bestand, schreien würde die Lungen eines Säuglings stärken, es dürfe nicht jedesmal prompt reagiert werden, weil das Baby sonst verwöhnt würde (Harms 2008, Solter 2009). Aufgrund der heutigen Gehirnforschung der Säuglinge ist bekannt, dass Babys auf prompt Reaktionen ihrer Bezugspersonen angewiesen sind, so Harms(2008). Das Ignorieren des kindlichen Weinens signalisiert dem Nervensystem des Babys eine Gefahrensituation. Eine Gefahrensituation bedeutet für den Körper Sympathikusaktivität - Stress und Angst - das Kind braucht das Gefühl von Sicherheit, um wieder aus dieser Spannung herauszufinden. So haben Eltern als Kind Verlassenheitsängste erlebt, die durch Weinen des eigenen Kindes wieder in den Vordergrund treten können (Harms 2008, Solter 2009). Dadurch kann das heftige Schreien eines Babys für Eltern unerträglich sein (Harms 2008, Solter 2009).

3.2 Die Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Bindung

Die Situation betroffener Eltern wirkt sich auch auf die Eltern-Kind-Interaktion aus. Schreien verliert seine bindungsstärkende Funktion. Die anhaltenden Stress- und Angstzustände führen zu einer Bindungsschwächung, da immer weniger positive Interaktionen zwischen Eltern und Kind stattfinden kann. Jede Interaktion wird geprägt von der Angst vor einer

nächsten Schreiattacke. Die für das Baby lebensnotwendige Sicherheit und Geborgenheit geht verloren (Harms 2008). Die verminderten positiven Eltern-Kind-Interaktionen und eine Bindungsschwächung in der Folge, haben auch Von Wyl et al. (2008) anhand ihrer empirischen Datenanalysen der Basler interdisziplinären Sprechstunde für Eltern und Säuglinge beobachtet. Auch Von Hofacker et al. (1998) kam aufgrund seiner Untersuchung aus der Münchner Sprechstunde für Schreikinder zum Ergebnis, dass die Eltern-Kind-Interaktion stark leidet und die Bindung dadurch geschwächt wird.

3.3 Auswirkungen der beeinträchtigten Eltern-Kind-Interaktion auf das Baby

Harms (2008) nennt die unzähligen Beruhigungsmassnahmen wie Stillen, Schaukeln, Nuggi etc. auch Ersatzkontakte als Schutz vor den Gefühlen über den verlorenen Kontakt zum Kind. Er beschreibt deren Wirkung und Problematik als Unterdrückung der Notsignale über das Befinden des Säuglings. Beispielsweise dort, wo es über mangelnden Körperkontakt protestieren würde, muss es nun Milch aufnehmen (Harms 2008). Kann das Baby seine Botschaften nicht an Bezugspersonen bringen, ist es alleine mit seinen angstvollen Gefühlen, seine Ressourcen versagen. Mit der Zeit ist es gezwungen, seine Konflikte, und Gefühle auf eine tiefere Schicht des Körpers zu verdrängen. Gemäss Harms (2008) passiert auf neurovegetativer Ebene, als Reaktion auf überwältigenden Stress, eine Kontraktion des Gesamtorganismus des Säuglings. Harms (2008) vergleicht diese Reaktion mit der einer Schnecke: der Säugling zieht seine emotionalen und körperlichen Fühler von seiner Umwelt zurück. Die Fähigkeit zur Hingabe und des Entspannungszustandes geht dadurch immer mehr verloren. Es kommt zunehmend zu einem Bindungsverlust (Harms 2008).

Wie die salutogenetische Betrachtung zeigt, beeinflussen Widerstandsressourcen und Stressoren die Gesundheit der Eltern enorm. Sie versucht, das komplexe Geschehen einer Schreiproblematik besser verständlich zu machen sowie auf die sensible Einheit von Eltern und Kind aufmerksam zu machen. Das Verständnis für diese Geschehnisse ist für die Betreuung in der Praxis von essenzieller Bedeutung.

4 WORÜBER SOLLTEN ELTERN AUFGEKLÄRT WERDEN?

Im folgenden Kapitel werden aufgrund der bisher gewonnenen Erkenntnisse die wichtigsten Aufklärungsschwerpunkte dargestellt, die in der Praxis in der Betreuung von Eltern und Kind bezüglich des Schreiens vermehrt Beachtung finden sollten. Weiter wird darauf eingegangen, wann und wie diese Aufklärung stattfinden könnte. Die untenstehenden Aufklärungspunkte stützen sich auf einen Aufklärungsflyer für Eltern, welche von der englischen Organisation „Understanding Childhood“ (2002) im Internet zur Verfügung gestellt wird. Die Inhalte der jeweiligen Punkte wurden ergänzt mit bisher verwendeter Fachliteratur und eigenen Vorschlägen.

4.1 Vorschlag zu den wichtigsten Aufklärungspunkten:

Dies ist ein Vorschlag, mit welchen weiteren Aspekten der bereits bestehende Flyer „Hilfe mein Baby schreit“ erweitert und ergänzt werden könnte durch die bisher erarbeiteten Erkenntnisse.

Was Babys brauchen: Alle Babys brauchen *Nahrung, Schlaf, Wärme, soziale Interaktion, liebevolle feinfühlig Aufmerksamkeit, Verständnis, Ruhe* → ein abgebrochener Blickkontakt bedeutet: ich brauche eine Pause und nicht Desinteresse oder gar Ablehnung des Interaktionspartners. Babys brauchen nach Interaktionen und Erlebnissen *Pausen*, da dies starke Sinnesreize für das unreife kindliche Gehirn sind, die Verarbeitung benötigen, bevor weitere Reize aufgenommen werden können. *Körperkontakt* → Wiederholter Körperkontakt und Herumtragen ist wichtig für die Stimulation der Gleichgewichts- und Bewegungsorgane. Ebenfalls vermittelt Körperkontakt, Geborgenheit und Sicherheit (Harms 2008, Rankl 2008). Babys sind verschieden, einige sind ruhiger, andere haben mehr Mühe, mit der Regulation der Verhaltenszustände und sind unruhiger. Wenn sie sich unwohl fühlen, weinen sie. Babys verlangen nur das was sie brauchen, können also nicht verwöhnt werden (Rankl 2008). Babys reagieren auf ihre Bedürfnisse, sie können noch keinen Zusammenhang herstellen zwischen ihrem Verhalten und dem seiner Umgebung. Babys, die im ersten Lebensjahr Liebe und Verständnis erfahren, erhalten eine gute Basis an Sicherheit und Vertrauen für das Leben (Shuttleworth 2004).

Warum Babys weinen: Weinen ist die stärkste Ausdrucksform, um ihre Gefühle und Bedürfnisse mitzuteilen. Langeweile, Hunger, Schmerzen, Bedürfnis nach Körperkontakt,

Überstimulation und Übermüdung, Mühe sich selbst herunterzufahren, um in den Schlaf zu finden, Abbau von Spannungen können Gründe für das Weinen sein (Harms 2008). Oft ist kein ersichtlicher Grund vorhanden. Dem Schreien geht das Quengeln als Vorbote meist voraus. Eltern sollten nach schwierigen, langen Geburten und nach vaginal-operativen Geburten über das KISS-Syndrom und den Zusammenhang von häufigem Schreien informiert werden. Ebenfalls sollten sie über Manualtherapien wie Cranio-Sakral-Therapie oder Osteopathie, welche bei Folgen einer schwierigen Geburt Linderung schaffen können, aufmerksam gemacht werden.

Schlafen und Schreien: Es ist normal, dass Babys nachts immer wieder aufwachen, da sie geprägt sind durch Selbsterhaltungsgefühle. Sie müssen sich immer wieder versichern, dass sie sich auf ihre Eltern verlassen können und jemand für sie da ist (Shuttleworth 2004). Die physiologischen Verhaltenszustände sollten den Eltern erklärt werden.

Wie auf das Weinen reagieren? Verständnisvolle, feinfühlig und prompt Reaktion auf das Weinen und auf die Bedürfnisse des Babys sind sinnvoll. Dadurch erfährt das Baby Sicherheit und erhält Vertrauen in seine Umgebung. Die Bindung zwischen den Eltern und ihrem Baby wird so positiv gestärkt (Harms 2008). Bei untröstlichem Weinen von Reizen abschirmen, versuchen selber möglichst ruhig zu bleiben und das Baby durch sein Schreien zu begleiten. Körperkontakt kann sehr hilfreich sein (Keefe et al. 2005, Harms 2008, Shuttleworth 2004). Sich Hilfe holen, wenn es nicht mehr auszuhalten ist.

Was Eltern wissen müssen: Es ist nicht der Fehler der Eltern, wenn ein Baby häufig schreit. Es ist einfacher gesagt als getan, ein Baby während einer Schreiattecke empathisch zu begleiten. Der Stress vom Baby überträgt sich auf die Eltern und kann eigene starke Emotionen auslösen. Dies kann das Quengeln und Schreien eines Babys unerträglich machen. Gleichzeitig überträgt sich der Spannungszustand der Eltern auf das Kind, wodurch es ihm noch schwerer fällt, sich zu beruhigen. Das Baby ist auf seine Eltern angewiesen. Damit Eltern für ihr Baby aber voll und ganz da sein können, brauchen sie auch Zeit für sich, zeitweilig Ruhe und Erholung. Deshalb sollte frühzeitig Unterstützung beigezogen werden. Beispielsweise durch eine Fachperson und durch den Miteinbezug des Umfeldes, damit rasch Entlastung geschafft werden kann. So bleiben Eltern bei Kräften. Niemand erwartet, dass sie alles ganz alleine durchziehen müssen. Kontakt zu anderen Eltern kann sehr hilfreich sein.

Die Gefahren des Schüttelns: Ein häufig schreiendes Baby kann Eltern an ihre Grenzen bringen, doch ein Baby darf *niemals geschüttelt werden*. Durch starkes hin und her Schlagen des kindlichen Gehirns gegen die harten Schädelknochen können schwere

Hirnblutungen verursacht werden, welche von lebenslangen schweren Behinderungen bis hin zum Tod führen können.

Wo kann Unterstützung geholt werden? Unterstützung darf nicht erst dann beigezogen werden, wenn Eltern völlig verzweifelt und erschöpft sind. Holen sie sich vorher Hilfe. Bei einer Hebamme, Mütter-Väter-Beratung, auf einer Wochenbettstation (zur Not in der Nacht, da dort 24 h Betrieb ist), bei Kinderärzten in einer Schreiambulanz oder auf einer Elternnotrufnummer (siehe Anhang). Hier sollte eine Auflistung von Telefonnummern und Anlaufstellen der Region und den Unterstützungsmöglichkeiten für die jeweilige Region aufgelistet werden (siehe Anhang).

4.2 Wie und wann könnte aufgeklärt werden?

Die Aufklärung sollte einerseits mündlich in der Interaktion mit den Eltern in der Wochenbettbetreuung stattfinden. Andererseits sollten Eltern in schriftlicher Form einen kleinen Leitfaden zu den wichtigsten Informationen zum Verhalten des Babys und zum besseren Verständnis der Reaktionen von Babys und ihren Bedürfnissen erhalten. So können sie zu Hause jederzeit nachlesen und haben bei Bedarf eine Liste von Fachpersonen zur Hand. Es wäre viel sinnvoller, einheitliche gesamtschweizerische Informationen an Eltern in schriftlicher Form abzugeben, als die vielen Produkte-Werbungen, die Eltern beispielsweise im Klinikwochenbett erhalten. Das Klinikwochenbett ist bekanntlich vielerorts geprägt von mangelnder Zeit. Jedoch ist die Nachgeburtszeit (auch Schwangerschaft und Geburt) eine sensiblen Phase, in der bei den werdenden Eltern eine spezifische Bereitschaft zum Erwerb wesentlicher Fähigkeiten wie Bindungsfähigkeit, Urvertrauen und anderen menschlichen Grundkompetenzen besteht (Gassmann 2007). Sie ist die entscheidende Phase für den Start ins Familienleben und sollte nicht an Wichtigkeit unterschätzt werden. Es müsste möglich sein, Aufklärungspunkte in die Betreuung einfließen zu lassen. Der Monolog ist für diese Information nicht geeignet. Sinnvoll und am effektivsten wäre individuelle Aufklärung während einer Handlung oder Interaktion mit dem Baby. Individuell und bedürfnisgerecht meint, alle Babys und deren Eltern bringen individuelle und unterschiedliche Ressourcen mit. Die Betreuung und Aufklärung sollte sich nach den individuellen Bedürfnissen von Mutter und Kind ausrichten. Laufende individuelle Aufklärung sollte zur Selbstverständlichkeit werden.

Die NICE-Guidelines zur postpartalen Betreuung von 2006 empfehlen, folgende wichtige Informationspunkte und Massnahmen zur Sicherung des Wohlbefindens des Säuglings an die Eltern weiterzugeben: Gesundheitsförderung des Babys, Erkennung von Problemen,

Sozialkompetenzen eines Babys, lokale Unterstützungsmöglichkeiten sowie über Massnahmen zur Förderung der Eltern-Kind-Beziehung. Auch Väter sollten diese Informationen und Unterstützung in der Pflege des Babys erhalten. Das soziale Umfeld sollte wenn möglich miteinbezogen werden, und bei Bedarf sollten Gruppen-Eltern-Programme angeboten werden (NICE 2006).

Eine langfristige und sicherlich effektive Aufklärungsmöglichkeit wären Elternschulungsprogramme. Heutzutage wird für alles ein Kurs benötigt, für den Umgang mit Hunden, Pferden, mit dem Auto usw., warum soll es nicht auch Elternschulungen geben? Im internationalen Bereich existiert dies bereits. Der Münchner Bindungsforscher Karl-Heinz Brisch hat das SAFE- (**S**ichere **A**usbildung **F**ür **E**ltern) Programm entwickelt. Dieses Präventionsprogramm wird bereits seit 2003 an der Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Ludwig-Maximilian-Universität in München unter seiner Leitung erfolgreich umgesetzt. SAFE Kurse werden in Deutschland bereits vielerorts angeboten. Seit 2006 wurden bereits über 1'000 SAFE-Mentoren aus dem gesamten Bundesgebiet, Österreich, der Schweiz, Neuseeland, Australien und Singapur ausgebildet.

In der Schweiz existiert seit 2008 einzig am Kantonsspital Liestal ein Pilotprojekt einer SAFE-Schulung von ausgebildeten Mentorinnen. Das Programm beinhaltet vier Seminare vor der Geburt und sechs Seminare nach der Geburt bis zum ersten Lebensjahr des Babys. Das Ziel von SAFE besteht in der Sicherheitsvermittlung, in der feinfühligsten Reaktion auf die Signale des Babys, damit sich eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind entwickeln kann. Denn die sichere Bindung bildet die beste Basis für die weitere Entwicklung des Kindes (siehe Flyer im Anhang). Das Programm bietet auch individuelles Feinfühligkeitstraining anhand von DVD-Aufnahmen von Eltern-Kind-Interaktionen, Einzelgespräche und eine Krisen-Hotline. Das Programm wird in der Schweiz von einer Hebamme und einer Fachpsychologin für Psychotherapie begleitet, beide sind ausgebildete SAFE-Mentorinnen. Es wird also interdisziplinär zusammengearbeitet. Durch niedrige Kurskosten ist das Programm für alle Bevölkerungsschichten zugänglich. Dies zeigt, dass es bereits Möglichkeiten gibt, auch in der Schweiz auf präventiver Ebene vermehrt zu arbeiten, um damit Eltern im Umgang mit dem Baby mehr Sicherheit zu geben, elterliche Kompetenz entwickeln zu können und Ressourcen zu erlangen, um auch schwierigere Situationen mit ihrem Baby zu meistern.

5 WELCHE UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN GIBT ES?

Bisher wurden die Auswirkungen und Folgen einer Schreibproblematik auf die Gesundheit und Bindung von Eltern und Baby thematisiert. In diesem Kapitel werden einige Grundprinzipien erläutert, die für die Begleitung von Eltern mit einem Schreibaby zu beachten sind. Weiter wird näher auf das Konzept der Emotionellen Ersten Hilfe nach Thomas Harms (2008) eingegangen. Grundsätzlich gilt immer: begegnet die Hebamme einer Situation mit einem Schreibaby, so muss vorerst eine sorgfältige Anamnese des Säuglings gemacht werden. Gesundheitliche Grundprobleme müssen durch einen Pädiater-/in abgeklärt sein.

5.1 Was können Hebammen tun und was müssen sie beachten?

Primär ist es wichtig, Eltern mit ihrer Problematik ernst zu nehmen (Kewitz 2003, Harms 2008). Ein ganz wichtiger Aspekt ist zuerst, Eltern aktiv zuzuhören, im Bewusstsein, dass die betroffenen Eltern wahrscheinlich erstmals jemandem von ihrer belastenden Situation erzählen (Kurth et al. 2008, Harms 2008, Von Wyl et al. 2008). Die begleitende Hebamme muss sich bewusst sein, dass sie gestresste, angespannte, übermüdete bis erschöpfte Eltern vor sich hat. Ihr vermindertes Kohärenzgefühl geht mit verminderter Möglichkeit zur Ressourcenaktivierung einher. Zudem sind sie von Angst- und Versagergefühlen sowie vom schlechten Gewissen über Wut und Aggressionsgedanken gegen ihr eigenes Kind geplagt (Kurth et al. 2009b, Nash et al. 2009).

Bevor konkrete Massnahmen ergriffen werden können, muss sich die Hebamme einen ganzheitlichen Situationsüberblick verschaffen. Dafür könnten folgende Leitfragen zur Eruierung der notwendigen Informationen hilfreich sein:

- ❖ In welcher physischen und psychischen Verfassung befinden sich betroffene Eltern, was sind die aktuellen Bedürfnisse?
- ❖ Wie sieht der bisherige Tagesablauf aus?
- ❖ In welchem angespannten Zustand befindet sich der Säugling?
- ❖ Wie gestaltet sich die Eltern-Kind-Interaktion sowie die Paarinteraktion?
- ❖ Welche Ressourcen können mobilisiert werden?

Hat sich die Hebamme ein Bild über die Gesamtsituation gemacht, geht es darum, die Situation mit den Eltern zu reflektieren und danach nach dem Motto „weniger ist mehr“ Massnahmen und Veränderungsschritte gemeinsam mit den Eltern festzulegen und umzusetzen. Gemäss Kurth et al. (2008) haben internationale Forschungen gezeigt, dass die Situation betroffener Eltern und Kinder durch gezielte, kleine Interventionen erfolgreich verbessert werden kann. Nachstehend werden je drei Ansatzpunkte Von Hofacker et al. (1999) und Kurth et al. (2008) für Veränderungsmöglichkeiten und Interventionen in der Begleitung betroffener Eltern zusammengefasst. Die konkreten Unterstützungsmassnahmen werden unterteilt in Massnahmen für die Eltern und für das Baby.

Konkrete Unterstützungsmassnahmen für die Eltern:

Ziel: Erholungsmöglichkeit – Schlafmöglichkeiten – Zeit für die Eltern als Paar

Massnahmen: Ressourcen aktivieren, Freiräume schaffen, ermutigen, Unterstützung aus dem sozialen Umfeld zu holen. Wer könnte aus dem Familien- oder Freundeskreis beispielsweise ein paar Stunden mit dem Baby spazieren gehen? Wer könnte Unterstützung im Haushalt bieten? Notfalls nehmen Kinderkliniken Schreikinder für einige Nächte zur Beobachtung auf (Von Wyl et al. 2008). Schlafphasen des Kindes für eigene Erholungsphasen nutzen.

Ziel: Ängste abbauen, Sicherheit und neues Vertrauen schaffen

Massnahmen: Raum bieten, um erfahrene Ängste, Gedanken und Gefühle rund um die Schreiepisoden auszusprechen. Gezielte adäquate Information zu Ängsten, Aufklärung zum Schreiverhalten und der Bedeutung des Weinens sowie deren möglichen Ursachen, Erläuterung der Funktion der Schlaf-Wach-Regulation und die non-verbale Kommunikationsmöglichkeiten des Säuglings. Bestätigen, dass das Baby gesund ist. Empathie für die Ängste entgegenbringen.

Ziel: Kohärenzgefühl stärken – Elterliche Kompetenz stärken

Massnahmen: Fähigkeiten der Eltern hervorheben und Anerkennung für ihr grosses Engagement in der belastenden Situation bieten. Massnahmen festlegen, was sie bei nicht mehr Aushalten des Schreiens zur Prävention einer Situationseskalation tun können, beispielsweise das Kind ins Bettchen legen und Massnahmen treffen, um sich selber wieder zu beruhigen, etwa kurz an die frische Luft, oder die Hebamme oder eine vertraute Bezugsperson anrufen.

Konkrete Unterstützungsmassnahmen für das Baby:

Ziel: Einen Tagesrhythmus finden

Massnahmen: zyklischer Wechsel von Aufwachen, Stillen/Schöpfeln, Wachphasen mit Interaktion und Einschlafphase anstreben. Immer denselben Ablauf anstreben, dadurch wird auch Übermüdung verhindert. Das Baby braucht gewisse Regelmässigkeiten und Routine, um sich orientieren zu können und in einen Schlaf-Wach-Rhythmus zu finden. Dabei kann auch die Einführung bestimmter Rituale vor dem Schlafengehen hilfreich sein.

Ziel: Selbstregulierung stärken - Reizreduktion

Massnahmen: Eltern in der Wahrnehmung der Bedürfnisse des Kindes unterstützen und bestärken. Eltern Unterstützung und Begleitung bieten, wie sie durch innere Ruhe und Körperkontakt ihrem Baby während einer Schreiphase Sicherheit und Geborgenheit vermitteln können. Wie bereits erläutert, ist dies Voraussetzung damit das Baby nach einer aktiven Phase in den parasympathischen Zustand, die Erholungsphase zurückfindet. Durch Reizreduktion, rechtzeitiges Erkennen von Müdigkeitszeichen, Einführung von Einschlafritualen kann das Baby in seiner Verhaltensregulation unterstützt werden.

Ziel: Stärkung und Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen

Massnahmen: Wachphasen nutzen, Interaktionsbereitschaft des Kindes wahrnehmen und für eine Interaktion nutzen, rechtzeitig aber auch das Bedürfnis nach Pausen wahrnehmen.

Natürlich sind obige Massnahmen besonders auf die Situation der ambulanten Wochenbettbetreuung ausgerichtet, weil sich eine Schreiproblematik erst zu Hause richtig manifestiert. Jedoch erlebte ich in der Praxis im stationären Wochenbett bereits sehr unruhige und überreizte Neugeborene oder vor Müdigkeit weinende Mütter. Deshalb wäre es wichtig, wie bereits im Kapitel vier thematisiert, im Klinikwochenbett Aufklärung zum Schreiverhalten der Babys zu leisten.

Die Effektivität kleiner Veränderungen und Massnahmen, die exzessivem Säuglingsschreien vorbeugen oder bei bestehender Problematik rasch eine Besserung herbeiführen, wurde in Untersuchungen über einen Zeitraum von 15 Jahren von Barr et al. (2001), Keefe und Froese-Fretz (1991), Keefe et al. (1996) zitiert nach Keefe et al. (2005) aufgezeigt. Aus diesen Untersuchungen wurde in den USA das REST-Programm für Eltern mit unruhigen

Babys entwickelt, welches ähnliche Interventionsbereiche umfasst wie vorgängig beschrieben. **R**egulation - **E**ntrainment - **S**tructure - **T**ouch und beinhaltet den elterlichen Interventionsbereich und **R**essaurance - **E**mpathy - **S**upport- **T**ime den Interventionsbereich für das Baby. Das REST-Programm umfasst verschiedene Interventionsfelder, welche den betreuenden Personen (Hebammen und Pflegefachfrauen) bei ihren Hausbesuchen als Leitfaden für die Betreuung dienen, und kann präventiv sowie bei bereits bestehendem Problem angewendet werden. Das Ziel dieser Massnahmen besteht in der Stressreduktion für Eltern und Kind, Förderung der Interaktionsfähigkeit zwischen Baby und Eltern sowie der Reduktion von Irritabilität und Unruhe des Babys durch Veränderung der Verhaltens- und Umgebungsstrukturen (siehe Anhang). Maureen et al. (2005) verglich in einer randomisiert-kontrollierten Studie den Einfluss auf das Säuglingsschreien von Routinebetreuung nach der Geburt mit einer Interventionsgruppe, welche nach den Prinzipien des REST-Programms betreut wurde. Die Babys der Interventionsgruppe schrien mit acht Wochen mit 1,3 h pro Tag signifikant weniger als jene aus der Routine-Betreuungsgruppe mit drei Stunden pro Tag.

5.2 Das Konzept der Emotionellen Ersten Hilfe nach Harms (2008)

Wie kann die Hebamme Eltern unterstützen und begleiten, wenn nach der Geburt statt der erhofften Nähe und Verbundenheit zum Kind plötzlich nur noch Gefühle der Angst, Verzweiflung und Wut im Vordergrund stehen? Im Konzept der Emotionellen Ersten Hilfe (EEH) nach Harms (2008), findet sich eine Möglichkeit im Rahmen von Körperarbeit, den Eltern in Krisensituationen mit ihren Babys Unterstützung und Begleitung zu bieten. Das Konzept zeigt konkret auf, wie Eltern begleitet werden können, damit sie ihrem schreienden Kind beistehen und ihm die nötige Sicherheit und Geborgenheit vermitteln können, um es zu beruhigen. So gelingt es, aus dem Teufelskreis auszubrechen, was jeweils rasch zu einer Besserung der Situation führt, so Harms (2008). Harms (2008) schreibt in seinem Buch, dass dieses Konzept sehr gut von Hebammen, Pflegefachfrauen auf dem Wochenbett und Stillberaterinnen eingesetzt werden kann. Das Konzept erachte ich persönlich als besonders geeignet in der Hebammenarbeit, weil es sich ganzheitlich ausrichtet und Eltern und Kind nicht isoliert, sondern als gemeinsam funktionierende Einheit betrachtet. Es kann in den Bereichen Schwangerschaft, klinischem Wochenbett, Stillförderung und in der Bindungsförderung nach Kaiserschnittgeburten angewendet werden, so Harms (2008). Nicht zuletzt hat es auch einen salutogenetischen Ansatz.

Die wichtigste Botschaft der EEH ist, dass intuitives Verständnis für die Gefühle und Bedürfnisse des Säuglings nur dort möglich ist, wo Erwachsene in einem achtsamen feinfühli- gen Kontakt zum eigenen Körper stehen (Harms 2008). Harms (2008) beschreibt den Kern der EEH in der Unterstützung der Eltern, den Fokus von der ursprünglichen Stressdynamik auf die Wahrnehmung der eigenen Körperempfindung zu verlagern. Das nachstehend vor- gestellte Konzept, ist das Ergebnis von 15-jähriger Erfahrung aus der praktischen Arbeit mit Eltern und ihren schreienden Säuglingen.

Das Konzept ist auf 3 Säulen aufgebaut:

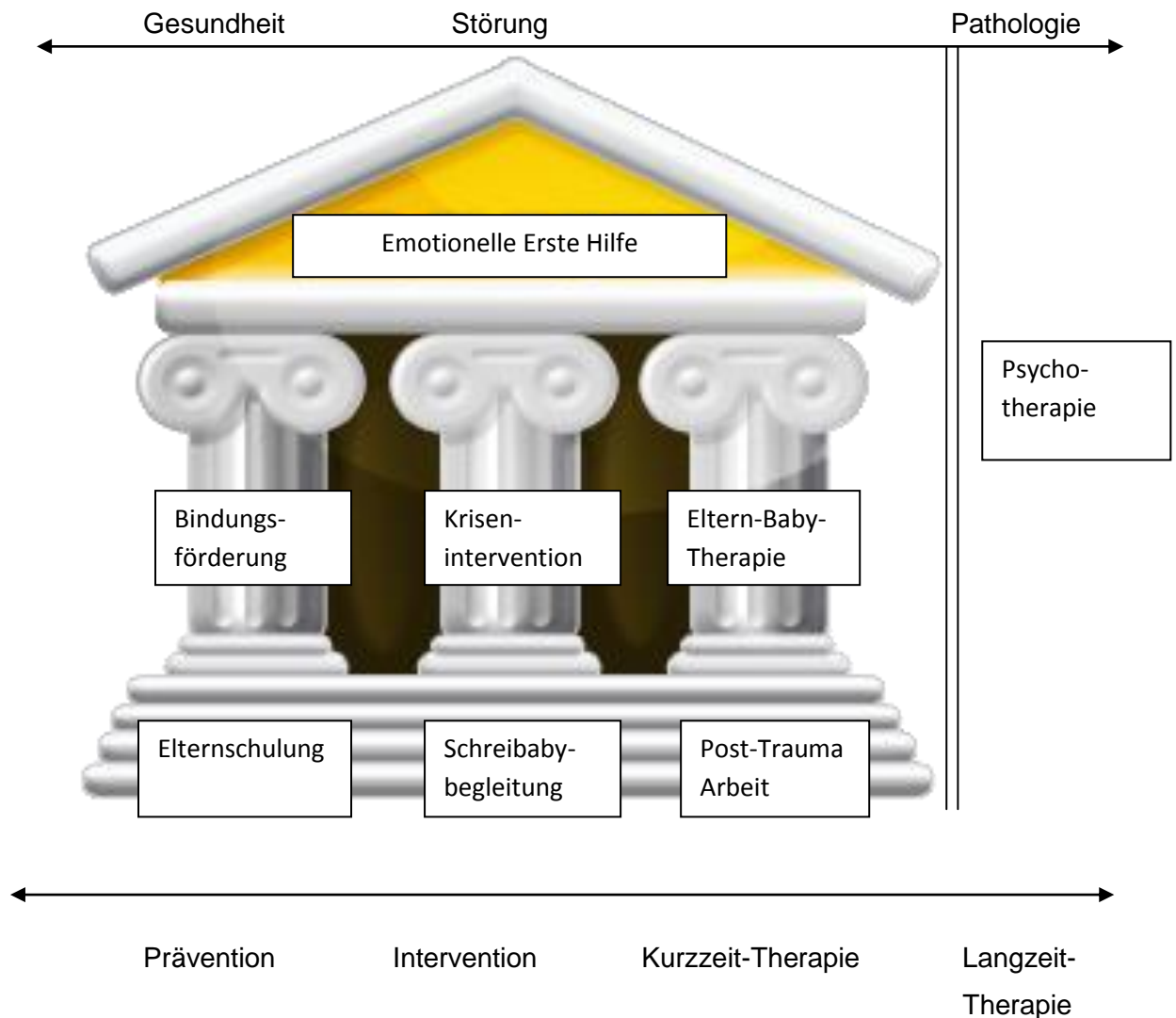


Abb. 4 Harms (2008) S. 166

5.3 Grenzen des Konzeptes

Der Aufgabenbereich der Hebamme liegt in den ersten beiden Säulen, der Bindungsförderung und der Krisenintervention durch die Schreibabybegleitung anhand des Konzeptes der EEH, also in der Prävention und Intervention. Sobald ein gewisser Grad an pathologischen Anteilen erreicht ist, benötigt es den Therapiebereich, welcher nicht mehr der Hebamme zufällt. Harms (2008) beschreibt die Notwendigkeit einer Eltern-Baby-Therapie hauptsächlich bei unverarbeiteten, posttraumatischen Belastungsstörungen (traumatische Geburtsverläufe oder besonders angstbelastete Schwangerschaften) beim Säugling aber auch bei den Eltern (Harms 2008).

Eine genaue Anamnese der Hebamme ist wie bereits erwähnt obligat. Kommt die Hebamme mit der Krisenintervention nicht weiter, so hat sie die Grenze ihres Einsatzgebietes erreicht und sollte diese als solches erkennen. Sie sollte dann an spezialisierte Fachpersonen wie beispielsweise Kinderärzte, Baby-Therapeut/-innen, Kinderpsychologen/-innen, beiziehen. Im Bereich der obenstehenden Doppelbalken endet der Einsatz der EEH. Hat die Schwächung der Bindungsressourcen einen gewissen Grad erreicht, braucht es eine Therapie in einer hochspezialisierte Mutter-Kind-Klinik oder eine ambulante Psychotherapie der betroffenen Eltern (Harms 2008).

5.4 Die Rolle der Bauchatmung – zur Selbstanbindung

Der Atmung kommt in der EEH eine wichtige Rolle zu. Der Stresszustand, in dem sich betroffene Eltern von Schreibabys befinden, verändert auch die Atmung. Angst und Stresssituationen lassen unseren Atem schneller und flacher werden. Die Atemamplitude verkleinert sich, da weniger ein- und ausgeatmet wird. Es kommt zu einer muskulären Anspannung von Bauchdecke und Zwerchfell, dadurch verlagert sich die Atmung vom Bauch in den Brustraum (Harms 2008). Die Brustatmung ist oft verantwortlich für beklemmende Gefühle im Brustbereich (Harms 2008). Harms (2008) beschreibt die psychischen Dimensionen der Einatmung und Ausatmung wie folgt: Einatmen → *Aufnehmen, Einverbleiben, Halten, Zu-Sich-Kommen* und Ausatmen → *Hingabe, Loslassen und Austauschen*. Gemäss Harms (2008) ist die Wiederherstellung der Bauchatmung notwendig, um den bereits mehrfach erwähnten Kreislauf aus Stress, Körperspannung und Bindungsverlust frühzeitig zu durchbrechen. Die Bauchatmung stellt sich spontan im parasympathischen Zustand des Körpers ein. Deshalb kann sie konkret genutzt werden, um im Körper Entspannungsimpulse zu setzen. Die Bauchatmung ist eine der wenigen vegetativen Funktionen die willkürlich beeinflusst werden kann (Harms 2008). Das macht sich die EEH zum Nutzen. Harms (2008) unterstützt die Eltern durch gezielte Anwendung der Bauchatmung, in einer Situation der massiven Anspannung und Bedrohung, einen Entspannungsimpuls zu setzen. Er beschreibt, dass sich durch Konzentration auf die Bauchatmung die Aufmerksamkeit nach innen richtet und der Organismus auf den parasympathischen Modus umschaltet. Dadurch dilatieren die Blutgefässe, es entsteht ein Gefühl von Wärme auf der Haut. Weiter öffnet sich der Zwerchfellmuskel, so dass ein Gefühl von Weite und Befreiung entsteht. Diese Bauchatmungsübung hat zum Ziel, Eltern wieder zurück zu ihrem eigenen Körpergefühl und Körpervertrauen zurückzuführen. Harms nennt dies den „Prozess der Selbstanbindung“.

„um den anderen zu spüren, musst du dich selbst spüren!“ (Harms 2008:113)

Mit der Aussage sich selbst zu spüren meint Harms (2008), dass sich die Eltern wieder für ihr Kind öffnen können, die Bindung wieder aufgenommen werden kann, aber auch dass sie Warnsignale des eigenen Körpers wieder wahrnehmen können.

5.5 Die sieben Schritte der Emotionellen Ersten Hilfe nach Harms (2008)

Das Sieben-Schritte-Modell beschreibt das praktische Vorgehen für die Krisenbegleitung von Eltern und ihren Babys bei frühen Regulationsproblemen. Gemäss Harms (2008) hat sich dieses Modell im Laufe der Jahre als ein wirksames systematisches Vorgehen in der Krisenbegleitung erwiesen. Das Ziel dieses Arbeitsmodells besteht in der Unterstützung der Eltern, den Fokus vom ursprünglichen Auslöser einer Stressdynamik, beispielsweise das Schreien des Säuglings, auf die Wahrnehmung der eigenen Körperempfindung zu verlagern. Die Grundlage dafür bietet die vorher beschriebene Bauchatmung. Die sieben Schritte sind im nachstehenden Bild von Harms übersichtlich dargestellt. Die genauen Inhalte und das Vorgehen der sieben Schritte sind im Anhang zu finden.

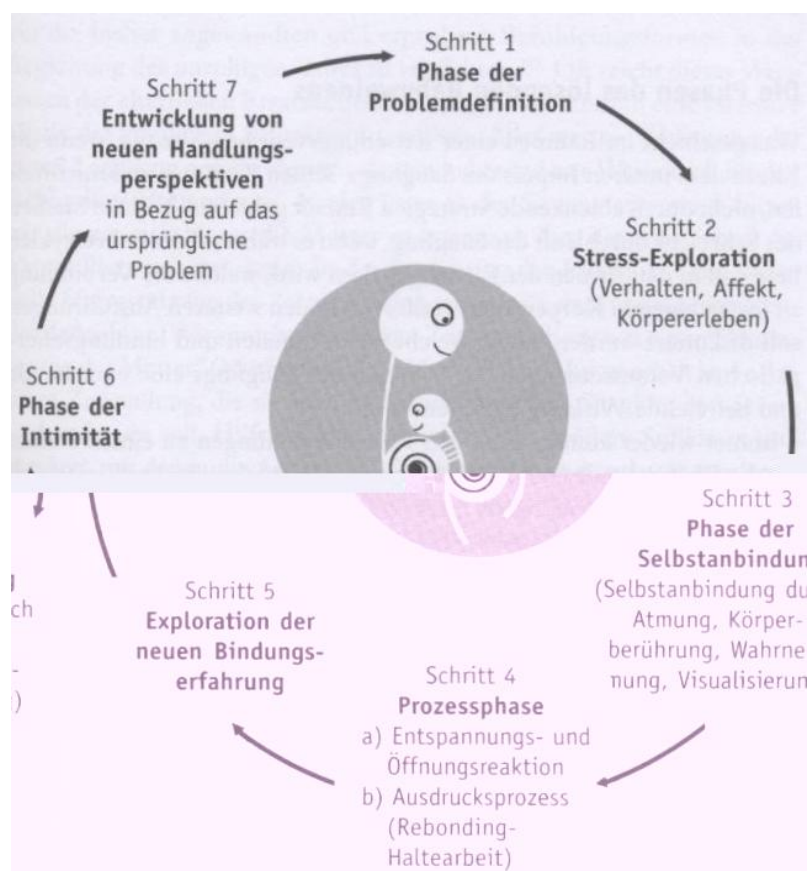


Abb. 5 Harms (2008) S. 183

6 BEDEUTUNG FÜR DIE PRAXIS UND DIE INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT – DIE ROLLE DER HEBAMME

Das Thema Schreibabys und die damit verbundene Not betroffener Eltern sollte in der Praxis vermehrt Beachtung finden. Durch die Industrialisierung in der westlichen Gesellschaft geht die bedürfnisorientierte Elternschaft zunehmend verloren, und das Wochenbett verliert an Bedeutung. Dies führt zu einer Zunahme der Schreiproblematiken (Bensel 2006, Harms 2008). Wie bereits erwähnt, beschreiben Kurth et al. (2009b) die Notwendigkeit individueller, bedürfnisgerechter Betreuung in der Klinikwochenbettbetreuung. Das Bedürfnis der Eltern nach mehr Information zum Verhalten und Umgang mit ihrem Baby wäre gemäss einer Kundinnenbefragung des SHV aus dem Jahr 2006 vorhanden. Da eine Schreiproblematik Auswirkungen auf emotioneller und physischer Ebene und das Wohlbefinden von Mutter – Vater und Baby zeigt, wäre eine vermehrte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Pflegefachpersonen auf dem Wochenbett, der Mütter-Väterberatung sowie den Fachbereichen Gynäkologie, Pädiatrie, Psychologie und Körperpsychotherapie und den Hausärztinnen und Hausärzten wünschenswert.

Gemäss Harms (2008) schicken Kliniken zunehmend Personal in die angebotenen Ausbildungsgänge der Emotionellen Ersten Hilfe, um die Methode danach in klinische Einrichtungen weiterzugeben. Es scheint also eine Grundbereitschaft vorhanden zu sein, sich dieser Problematik zu stellen. Sinnvollerweise sollten die Anstrengungen im Bereich der (Primär)

Prävention verstärkt werden. Für eine effiziente interdisziplinäre Zusammenarbeit ist zunächst eine Sensibilisierung der Fachpersonen für die Problematik des kindlichen Schreiens notwendig. Dies könnte im Rahmen von gemeinsamen Schulungen und Weiterbildungen stattfinden. Diese sollten Themen wie aktuelles Wissen zu den Bedürfnissen, und Selbstkompetenzen eines Neugeborenen und Säuglings beinhalten. Ebenfalls sollte die Komplexität und Sensibilität der Wochenbettzeit für Eltern und Kind thematisiert werden, damit die Wichtigkeit einer ganzheitlichen Betrachtung der Familie zum Ausdruck kommt und wieder vermehrt ins Bewusstsein aller Fachpersonen gelangt. Durch gemeinsame Weiterbildung könnten beteiligte Fachgruppen (Hebammen, Kinderärzte, Mütter-Väterberaterinnen, etc.) voneinander profitieren. Beispielsweise der Austausch über die verschiedenen Ausprägungen und Besonderheiten der einzelnen Problemstadien, die sie in ihrer täglichen Arbeit erfahren. Dadurch würden sich die Chancen einheitlicher interdisziplinärer Betreuung erhöhen und die vorhandenen Ressourcen sinnvoll und bedarfsgerecht

einsetzen lassen. So könnte die Betreuung von Eltern und Kind an Qualität gewinnen. Weiter wäre ein vernetztes Angebot an Anlaufstellen, Beratungsstellen und Hotlines für Fragen und Notsituationen für Eltern und ihre Babys sinnvoll. Dies könnte beispielsweise im Rahmen einheitlicher Flyers den Eltern abgegeben sowie bei verschiedenen Fachgruppen aufgelegt werden. Dies könnte das Thema selbstverständlicher machen und es dadurch enttabuisieren, damit Eltern früher den Mut haben, sich Unterstützung zu holen. Denn je früher die Schwierigkeiten mit einem unruhigen Baby erkannt werden, desto einfacher finden sich Massnahmen, die rasch zur Situationsverbesserung führen. Ebenfalls kann dadurch einem Teufelskreis mit erheblichen gesundheitlichen Beschwerden für Eltern und Kind entgangen werden. Die Rolle der Hebamme in diesem Bereich ist zentral, da sie Familien während Schwangerschaft, Geburt und Nachgeburtszeit ganzheitlich betreut. Die primäre Prävention beinhaltet in der Schwangerschaft beispielsweise die Elternschulung im Rahmen der Geburtsvorbereitung. Unter der Geburt beinhaltet Primärprävention, gemeinsam mit den Eltern und dem ärztlichen Team einen möglichst interventionsfreien Geburtsverlauf und das Bonding zu fördern.

Weiter ist ein Nachgeburtsgespräch im Sinne der Prävention obligat und wichtig nach schwierigen Geburten oder vaginal-operativen Geburten. Die Eltern sollen informiert werden, dass die Entwicklung vermehrter Schreiepisoden damit in Zusammenhang stehen könnte. Ein weiterer Lösungsansatz in der Prävention von Schreiproblematiken wäre, die Klinikwochenbettbetreuung vermehrt auf die individuellen Bedürfnisse der jungen Familie auszurichten sowie auf Wunsch der Eltern die Sicherstellung einer nachbetreuenden Hebamme für zu Hause. Weiter sollten sich die Hebammen vermehrt für das häusliche Wochenbett einsetzen. Nicht nur aufgrund des kostensparenden Aspektes, sondern weil die Kinder nach einem häuslichen Wochenbett ruhiger sind und weniger erkranken, als Babys nach einem Klinikwochenbettaufenthalt (Bensel 2006). In diesem Zusammenhang wäre auch eine Verlängerung der bezahlten Wochenbettbetreuung der Krankenkassen wünschenswert. Denn das Wochenbett geht bekanntlich sechs bis acht Wochen. Die Betreuung kann aber ohne medizinische Anordnung nie durch die von der Krankenkasse bezahlten Besuche abgedeckt werden. Es sollte auch im Interesse unserer Gesundheitspolitik sein, durch Prävention Gesundheitsschutz und Förderung von Eltern und Kind zu betreiben, wodurch Gesundheitskosten gespart werden könnten. Gerade weil die Hebamme für alle drei Bereiche Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verantwortlich ist, wäre der Hebammenverband als Initianten-Verband für die Organisation von Schulungen und Weiterbildungen im interdisziplinären Bereich prädestiniert, gezielt der Schreiproblematik effektiv entgegenzuwirken. Bei bestehender Problematik Lösungsansätze zu haben sowie den frischgebackenen Eltern im Umgang mit ihren Babys kompetente Unterstützung zu bieten.

7 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Eine Schreiproblematik beinhaltet viele Aspekte, welche die Gesundheit von Eltern und Kind beeinflussen. Häufiges bis exzessives Schreien bringt nicht nur Stress, Müdigkeits- und Erschöpfungszustände von Eltern und Kind mit sich sondern auch das erhöhte Risiko für ein Schütteltrauma des Babys. Nicht selten kommt es zu einem Teufelskreis, aus dem verzweifelte Eltern nur selten alleine herausfinden. Dies führt häufig zu einem zunehmenden Bindungsverlust mit der Folge einer nachhaltig beeinträchtigten Eltern-Kind-Beziehung. Die vielseitigen Ursachen zuzüglich des physiologischen Entwicklungsprozesses zeigen die anspruchsvolle sensible Zeit, in der sich „frischgeborene“ Eltern mit ihren Babys befinden. Die Schreiproblematik ist also eine ernst zunehmende Schwierigkeit.

Dass häufiges bis exzessives Schreien in traditionellen Kulturen praktisch kein Thema ist, sondern hauptsächlich unsere westlichen, industrialisierten Gesellschaften betrifft, deutet darauf hin, dass hier die Bedeutung von Schwangerschaft Geburt und Nachgeburtszeit und somit die sensible Phase verloren gegangen ist. Elternschaft passiert viel zu wenig in geschütztem und professionell begleiteten Rahmen. Zu früh werden Babys immensen Reizeinflüssen ausgesetzt, was Verhaltensregulationsschwierigkeiten zur Folge hat. Es scheint, als könne vor lauter Modernisierung, Leistungs- und Erwartungsdruck gewisse Grundbedürfnisse der Babys nicht gewährleistet werden.

Weiter werden die Babys in ihrer Selbstkompetenzen unterschätzt. Dies führt zu Missverständnissen und Irrtümern in der Begleitung und Betreuung von Babys. Die Erkenntnisse dieser Arbeit führen zum Schluss, dass nicht nur bei den Eltern sondern auch bei den Fachpersonen Wissensdefizite bestehen, und die Thematisierung notwendig ist. Nicht nur fehlendes Wissen sondern vor allem auch mangelnde individuelle, bedürfnisgerechte Betreuung und Förderung der elterlichen Kompetenz und Stärkung des Kohärenzgefühls begünstigen Verunsicherung, Überforderung, Entfremdung und somit die Entwicklung einer Schreiproblematik.

Evidenzen und empirische Ergebnisse, die in die Arbeit einbezogen wurden, zeigen, dass durch gezielte präventive Massnahmen wie Reizminderung, Begleitung des Babys aus einer aktiven Phase in eine Ruhephase, ausreichend Körperkontakt, bedürfnisorientierte Babybetreuung und prompte Reaktion auf das Weinen, leichte Strukturierung des Tagesablaufs, gezielte Unterstützung der Eltern, Schaffung von Erholungsräumen, empathische Begleitung und Unterstützung, die Schreidauer pro Tag reduziert werden kann.

Idealisiertes Elternsein in unserer Gesellschaft sollte korrigiert werden. Vielmehr brauchen Eltern Unterstützung im Erhalten eines realistischen Elternbildes. Dadurch könnte dem raschen Entstehen von Versagergefühlen durch die hohen Erwartungen entgegen gewirkt werden. Weiter würde dadurch die Hemmschwelle, Unterstützung in Anspruch zu nehmen, sicherlich gesenkt. Es sollte zur Selbstverständlichkeit werden, dass „neugeborene“ Eltern Unterstützung brauchen und erhalten dürfen. Der Bedeutung von Erholung und Schlafmöglichkeiten für Eltern sollte ebenfalls mehr Beachtung zukommen.

Die Evidenzlage zur Schreiproblematik mit dem Fokus auf dem Kind zeigt, dass das Problem in Fachkreisen der Pädiatrie und Psychologie bekannt ist. Die Evidenzen zeigen, dass die Gesundheit von Mutter und Kind ein noch zu wenig erforschtes Gebiet ist. Weiter sollten bei Untersuchungen zum Thema der Schreibabys zukünftig auch die Erfahrungen des Vaters miteinbezogen werden. Die Auswirkungen von vermehrtem Schreien und Weinen auf die Bindung zwischen Eltern und Kind sind von grosser Bedeutung und sollten in der Betreuung mehr Beachtung erhalten. Deshalb wäre weitere Forschung im Bereich der präventiven Interventionsmassnahmen notwendig, um die Effektivität von Konzepten, wie beispielsweise die Emotionelle Erste Hilfe sowie weitere Präventionsprogramme, wissenschaftlich zu untermauern.

Dass Mütter in der Praxis immer wieder davon berichten, die Wochenbettbetreuung in der Klinik stimme nicht mit den Bedürfnissen nach Ruhe und Unterstützung im Umgang mit dem Baby überein, zeigt die Notwendigkeit des Umdenkens für die Gestaltung des Klinikwochenbettes. Grundsätzlich sollte in der Praxis gewährleistet sein, dass die Nachbetreuung der Eltern durch eine Hebamme zur Selbstverständlichkeit wird. Weiter sollten die Vorteile des häuslichen Wochenbettes für den Start der neuen Familie endlich vermehrt Ansehen erhalten, denn da wären die Voraussetzungen für einen geschützten, ungestörten Ablauf der perinatalen sensiblen Phase am optimalsten.

In dieser Arbeit wurden einige konkrete Aufklärungsansätze erläutert, und es wurde ersichtlich, dass präventive Programme vorhanden wären. Es müsste nichts neu erfunden sondern lediglich weiterentwickelt und umgesetzt werden. Das Kapitel der Unterstützungsmöglichkeiten zeigt einige zielorientierte einfache Grundsätze und Massnahmen, die erfahrungsgemäss rasch zu einer Verbesserung der Schreiproblematik führen. Weiter diskutiert die Arbeit das nützliche Potential, das durch vermehrte interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Prävention und Intervention von Schreibabys umgesetzt werden könnte.

Folgendes Fazit kann aus dieser Arbeit gezogen werden: Hebammen müssen sich weiterhin auf der Ebene der ganzheitlichen Betreuung engagieren. Es braucht Prävention – Ver-

mittlung von Basiswissen zum Verhalten und Umgang mit einem Baby und zum Bindungsprozess und Verhalten zwischen Eltern und Kind. Diese Prävention sollte in der Schwangerschaft beginnen und mindestens bis zum Ende der Wochenbettzeit in der Betreuung Platz finden. Es braucht von Hebammen ein breites Wissen zu Verhaltens- und Entwicklungsprozessen sowie zum Einfluss von mütterlicher Müdigkeit auf das Schreien und Weinen eines Babys. Eine Sensibilisierung aller Betreuenden von Eltern und Kind im Wochenbett auf die sensible intensive Nachgeburtszeit, welche geprägt ist von Veränderungen und Anpassungsvorgängen im Prozess zur Familie, wäre von grosser Bedeutung. Hebammen können sich weiterbilden; durch das Erlernen des Handwerks der Emotionellen Ersten Hilfe kann das Wissen in die Praxis umgesetzt werden. Möglichkeiten, auf der Präventiv- wie auf der konkreten Unterstützungsebene zu wirken, sind vorhanden; sie sollten lediglich vermehrt in unser Bewusstsein geholt werden, damit sie in die Arbeit mit Eltern und Baby einfließen können.

Es ist klar, dass auch auf der gesundheitspolitischen Ebene noch ein grosses Umdenken stattfinden müsste, um die ganzheitliche Hebammenarbeit zu unterstützen. Hebammen müssen sich gemeinsam mit allen beteiligten Fachpersonen, also im interdisziplinären Team, weiterhin stark machen für die persönlichen Bedürfnisse von Eltern und Kind nach professioneller, ressourcenorientierter Betreuung und Unterstützung. Es geht schliesslich um die Gesundheit von Mutter, Vater und Kind und eine entscheidende Zeit zum Erwerb wichtiger menschlicher Grundkompetenzen. Genau dies sollten wir in der Ausübung unseres Berufes in Schwangerschaft, Geburt und Nachgeburtszeit nicht aus den Augen verlieren.

11 LITERATURVERZEICHNIS

- Antonovsky A 1997 Salutogenese zur Entmystifizierung der Gesundheit Deutsche Herausgabe von Franke A ,Dgvt-Verlag, Tübingen
- Barrlow K M, Minns R A 2000 Annual Incidence of shaken impact syndrome in young children *The Lancet* **356**:1571- 1572
- Biedermann H 2007 KISS-Kinder Ursachen, (Spät-)Folgen und manualtherapeutische Behandlung frühkindlicher Asymmetrie 3. Aufl, Thieme Verlag, Stuttgart
- Bensel J 2006 Freiburger Säuglingsstudie: Welche Faktoren beeinflussen das frühe Säuglingsschreien *Die Hebamme* **19**:12-18
- Chamberlain D 2000 Babys erinnern den Schmerz In: Harms T (Hrsg) *Auf die Welt gekommen - Die neuen Baby-Therapien* 1 Aufl, Ulrich Leutner Verlag, Berlin S 71- 85
- Gassmann M 2007 Wochenbett Unterstützung für einen physiologischen Prozess, salutogenetischer Ansatz, (Weiterbildungsunterlagen) Hebammenfortbildung 2007 Wochenbett, Schweizerischer Hebammenverband Sept 2007 in Bern
- Gregor A 2004 „Baby-Lesen“ die Signale des Säuglings besser verstehen *Die Hebamme* **17**: 168-171
- Fries M 2006 Unser Baby schreit Tag und Nacht 2. Aufl Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag, München
- Harms T 2008 Emotionelle Erste Hilfe – Bindungsförderung, Krisenintervention, Eltern-Baby-Therapie Originalausgabe, Ulrich Leutner Verlag, Berlin
- Hermann B, Sperhake J 2005 Das Shaken Baby Syndrom – Konzepte und forensische Kontroversen Zeitschrift der DGgKV – Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmiss-handlung und – Vernachlässigung **8**:4-17
- Hugi A 2003 Bekannter Alpinist wegen Kindstötung verurteilt [online] Verfügbar unter <http://www.swissinfo.ch/ger/index.html?cid=3156752> [Zugegriffen am 22.12.2009]

Keefe M, Barbosa G A, Froese-Fretz A, Kotzer AM, Lobo M, 2005 Intervention Program for families with irritable infants *The American Journal of Maternal/Child Nursing* **30**:4) 230-236

Kewitz 2003 Exzessives Schreien – Teil 2 Deutsche Hebammen Zeitschrift **8**:50-52

Künzle A 2008 Schütteltrauma: 50 Babies in 5 Jahren [online] Verfügbar unter:
<http://www.swissinfo.ch/ger/index.html?cid=6863400>

Kurth E, Kläusler M, Zaberer R 2008 Wenn Babys zu viel weinen *Krankenpflege* **9**:30-31

Kurth E 2009a Predictors of excessive crying in neonates: A case control study Teil der Unpublizierte Dissertation "Postnatal infant crying and maternal tiredness", Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Kurth E, Kennedy H P, Spichiger E, Hösli I, Zemp Stutz E, 2009b Crying babys tired mothers what do we now? A systematic Review Midwifery Article in Press
doi:10.1016/j.midw.2009.05.012

Largo H 2007 Babyjahre 14. Aufl, Piper Verlag GmbH, München

Levitzky S, Cooper R 2000 Infant Colic syndrome—maternal fantasies of aggression an infanticide *Clinical Pediatrics* **39**:395-400

Liedloff J 2009 Auf der Suche nach dem verlorenen Glück – Gegen die Zerstörung unserer Glücksfähigkeit in der frühen Kindheit deutsche Ausgabe, Verlag C.H. Beck, München

Lips U 2002 Das Schütteltrauma – eine wenig bekannte Form der Kindsmisshandlung *Schweizerisches Medizin-Forum Praxis* **4**:72-76

National Institute for Health Excellence 2006 Quick Reference guide Routine postnatal Care for women and their Babys [online] Verfügbar unter
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG37quickrefguide.pdf> [Zugegriffen am 22.12.2009]

Nash C, Morris J, Goodman B 2008 A study describing mothers' opinions of the crying behavior of infants under one year of age *Child Abuse Review* **17**:191-200

Odent M 2006 Geburt und Stillen Über die Natur elementarer Erfahrungen 3. Aufl Verlag C.H. Beck, München

- Rankl C 2008 So beruhige ich mein Baby 3. Aufl Patmos Verlag GmbH & Co KG, Düsseldorf
- Schweizerischer Hebammenverband 2008 Statistikbericht 2008 Verfügbar unter:
http://www.sage-femme.ch/x_dnld/stat/Statistikbericht_2006_d.pdf [Zugegriffen am 20.12.2009]
- Shuttleworth J 2004 Crying and Sleeping in the first months of life Verfügbar unter:
http://www.understandingchildhood.net/documents/02UCCrying_sleeping01.pdf [Zugegriffen am 30.12.2009]
- Solter A 2009 Warum Babys weinen – Die Gefühle von Kleinkindern 2. Aufl Kösel Verlag, München
- Sondergaard C, Olsen J, Friis-Haschè E, Dirdal M, Thrane N and Soerensen T 2003 Psychosocial distress during pregnancy and the risk of infantile colic: a follow-up study *Acta Paediatrica* **92**:811-816
- St- James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, Abramsky T, Doodwin J, Sorgenfrei E, 2006 Infant Crying and sleeping in London, Copenhagen and wehen Parents adopt a „Proximal“ form of Care *Pediatrics* **117**:e1146-e1155
- Verny T und Weintraub P 2003 Das Baby von Morgen Bewusstes Elternsein von der Empfängnis bis ins Säuglingsalter 2 Aufl, Rogner und Bernhard, Berlin
- Von Hofacker N, Papousek M, Jucubeit T, Malinowski M 1999 Rätsel der Säuglingskoliken Ergebnisse, Erfahrungen und therapeutische Interventionen aus der „Münchener Sprechstunde für Schreibabies“ *Monatsschrift Kinderheilkunde* **147**:244-253
- Von Wyl A, Watson M, Glanzmann R, Von Klitzing K 2008 Basler interdisziplinäre Sprechstunde für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern: Konzept und empirische Ergebnisse *Praxis der Kinderspsychologie und Kinderpsychiatrie* **57**:216-236
- Wessel M, Cobb J, Jackson E, Harris G, Detwiler A 1954 Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*, **14**:(5) 421-435
- Ziegler M, Wollwerth de Chuquisengo R, Papousek M 2004 Exzessives Schreien im frühen Säuglingsalter In: Papousek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg) *Regulationsstörungen der frühen Kindheit – Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* 1 Aufl. Verlag Hans Huber, Bern S 111- 140

Webseiten

Jahresbericht SPSU 2007 Verfügbar unter:

http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00737/index.html?lang=de [Zugegriffen am 20.12.2009]

SAFE Programm:

<http://www.safe-programm.de> [Zugegriffen am 30.12.2009]

Understanding Childhood:

<http://www.understandingchildhood.net/index.html> [Zugegriffen am 30.12.2009]

Bibliographie

Brazelton TB, Cramer BG 1994 Die frühe Bindung – Konzepte der Humanwissenschaften 2. Aufl. Klett Cotta, Köln

Lang C 2009 Bonding Bindung fördern in der Geburtshilfe Elsevier Verlag GmbH, München

Renggli F 2004 Babytherapien online Verfügbar unter : http://www.franz-renggli.ch/de/artikel/artikel_babytherapie.pdf [Zugegriffen am 12.10.2009]

Schweizerischer Hebammenverband Qualitätszirkel Ostschweiz 2004 Schreikinder Eine Arbeitshilfe von Hebamme

Sleep J, Gillham, St James-Roberts I, Morris S 2002 A randomized controlled trial to compare alternative strategies for preventing infant crying and sleep problems in the first 12 weeks the COSI study *Primary Health Care Research and Development* **3**: 176-183

Abbildungsverzeichnis

Titelbild:

Coupré K und Antonin Loucard 2001 Die ganze Welt (Deutsche Ausgabe) Gerstenberg Verlag, Hildesheim

Abb. 1, Abb. 4, Abb. 5,

Harms T 2008 Emotionelle Erste Hilfe – Bindungsförderung, Krisenintervention, Eltern-Baby-Therapie Originalausgabe, Ulrich Leutner Verlag, Berlin

Abb. 2, Abb. 3:

Kurth E, Kennedy H P, Spichiger E, Hösli I, Zemp Stutz E, 2009b Crying Babys tired mothers what do we now? A systematic Review Midwifery doi:10.1016/j.midw.2009.05.012